



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

Stand: 17. Dezember 2021

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## **Inhaltsverzeichnis**

### **A Beschluss und Tragende Gründe**

### **B Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens**

- B-1 Bekanntmachung zur Ermittlung weiterer Stellungnahmeberechtigter für Entscheidungen des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V**
- B-2 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens**
- B-3 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde sowie Übersicht der fristgerecht eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen**
- B-4 Beschlusssentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde**
- B-5 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden**
- B-6 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen**
- B-7 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten**
- B-8 Wortprotokoll der Anhörung**
- B-9 Würdigung der Stellungnahmen**
- B-10 BMG-Nichtbeanstandung**
- B-11 Bundesanzeiger-Veröffentlichung**

## A Beschluss und Tragende Gründe



# Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Vom 2. September 2021

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 2. September 2021 folgende Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) beschlossen:

- I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:



**„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

**Inhalt**

<b>A.</b>	<b>Allgemeines.....</b>	<b>3</b>
§ 1	Zweck und Versorgungsziele .....	3
§ 2	Definition der Patientengruppe.....	4
§ 3	Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.....	4
§ 4	Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut .....	8
§ 5	Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten .....	9
§ 6	Aufgaben und Organisation des Netzverbundes.....	10
<b>B.</b>	<b>Patientenversorgung .....</b>	<b>12</b>
§ 7	Zugang.....	12
§ 8	Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung.....	12
§ 9	Gesamtbehandlungsplan .....	13
§ 10	Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund	14
§ 11	Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs.....	14
§ 12	Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie .....	15
<b>C.</b>	<b>Evaluation .....</b>	<b>16</b>
§ 13	Evaluation .....	16

## **A. Allgemeines**

### **§ 1 Zweck und Versorgungsziele**

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

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

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

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

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
3. Qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
4. Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,
5. Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund,
6. Abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug des sozialen Umfelds,
9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.

## **§ 2 Definition der Patientengruppe**

(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer psychischen Erkrankung nach Absatz 2, bei denen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 3 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 4 besteht.

(2) Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM vor.

(3) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist die GAF-Skala<sup>1</sup> heranzuziehen. Orientierungswert für deutliche Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus und Indikationskriterium für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist ein GAF-Wert von höchstens  $\leq 50$ .

(4) Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 Absatz 2 bis 3 notwendig ist.

## **§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer**

(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie entweder

1. Mitglied in einem Netzverbund nach Absatz 2 sind,
2. in Absatz 3 Satz 1 genannte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer sind und einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben oder
3. gemäß Absatz 4 bei Bedarf oder gemäß Absatz 12 in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden

sowie dem Netzverbund eine Genehmigung nach Absatz 9 vorliegt.

---

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

(2) Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 2 einer Region (Netzverbundmitglieder), die unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 in der Region gewährleisten. Netzverbundmitglieder können Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sein, die jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für
  - a) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,
2. ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie.

Für die Versorgung nach dieser Richtlinie stehen im Netzverbund mindestens insgesamt 10 der Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Satz 2 zur Verfügung; von diesen mindestens vier Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Satz 2 Nummer 1 und vier Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß Satz 2 Nummer 2. Die Netzverbundmitglieder schließen einen Netzverbundvertrag, der insbesondere die Ausgestaltung der Festlegungen in § 6 regelt.

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

1. einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene

und mindestens einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer der Nummern 2 bis 4:

2. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V oder
3. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, die oder der einen Vertrag zur Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen hat oder
4. einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 4 SGB V abgeschlossen hat.

Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Zusätzlich ist die Kooperation mit einem Krankenhaus anzustreben, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt.

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

(5) Darüber hinaus sollen zur Adressierung des Versorgungsziels nach § 1 Absatz 3 Nummer 9 bei Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:

1. Sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Menschen mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
6. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
7. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
8. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und
9. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten.

(6) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(7) Die Versorgung der Patientin und des Patient nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 4 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 5 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 3 und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 4 und Absatz 12.

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

(9) Netzwerkverträge und Kooperationsverträge sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Erfüllen diese die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie, ist dem Netzwerk durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung zu erteilen. Die Genehmigung ist Voraussetzung für die Berechtigung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie; sie gilt auch für nach dem Zeitpunkt der Genehmigungserteilung hinzutretende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1. Änderungen in der Zusammensetzung des Netzwerkes sowie der Kooperationsvertragspartner nach Absatz 3 sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Bei Netzwerken, die über die Mindestvoraussetzungen nach Absatz 2 hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Netzwerkmitgliedern und das Ausscheiden von Netzwerkmitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzwerkes ist dadurch nicht berührt.

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

(11) Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankengesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit; sie stellen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

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

#### **§ 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugpsychotherapeutin oder Bezugpsychotherapeut**

(1) Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugpsychotherapeutin oder der Bezugpsychotherapeut ist der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein dem Gesamtbehandlungsplan entsprechendes Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie oder er muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 5 Absatz 2 zu delegieren. Sie oder er ist Netzverbundmitglied oder bei einem solchen Netzverbundmitglied angestellt und gehört einer der folgenden Fachgruppen an:

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

Ist ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V Kooperationsvertragspartner, kann auch eine Fachärztin oder ein Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nach Satz 3 Nummer 1 bis 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt oder Bezugpsychotherapeutin oder Bezugpsychotherapeut sein.

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

(3) Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugpsychotherapeutin oder der Bezugpsychotherapeut ist verantwortlich für

1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 5,
2. die unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten oder vollstationären Behandlung,
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung.

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

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

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

1. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,
2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,
3. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
4. Medizinische Fachangestellte,
5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,
6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,
7. Pflegefachpersonen,
8. Psychologinnen und Psychologen.

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



## **§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes**

(1) Die Netzverbundmitglieder haben durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass

1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten entsprechend der Vorgaben nach § 5 erfolgt,
2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); die Eingangssprechstunde dient der Abklärung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2, vorbehaltlich der Ergebnisse der differenzialdiagnostischen Abklärung,
3. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2),
4. der Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes zeitnah erfolgt,
5. eine einheitliche Patientenkommunikation (gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation) gewährleistet ist,
6. eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt,
7. eine den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes entsprechende elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes gewährleistet ist,
8. Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie beispielsweise ambulante psychiatrische Pflegedienste oder Krankenhäuser gewährleistet werden,
9. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes getroffen werden,
10. patientenorientierte Fallbesprechungen insbesondere unter Einbeziehung der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen,
11. Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (bspw. Qualitätszirkel) erfolgt.

(2) Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Patientinnen und Patienten sind vor Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie umfassend über das Versorgungsangebot in allgemeinverständlicher Sprache zu informieren, insbesondere allgemein über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots. Auf Basis des (vorläufigen) Gesamtbehandlungsplans erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen sowie den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen.

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

(3) Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.

(4) Die Einhaltung der in den Absätzen 1 bis 3 geregelten Aufgaben und Anforderungen ist durch geeignete Regelungen im Netzverbundvertrag sicherzustellen.

## **B. Patientenversorgung**

### **§ 7 Zugang**

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

### **§ 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung**

- (1) Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 oder 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet. Die differenzialdiagnostische Abklärung ist eine psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird. Die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1. Eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 wird Bezugsärztin oder Bezugsarzt, sofern bei Patientinnen und Patienten
  1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,
  2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder
  3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.
- (2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

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

(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Rahmen mehrerer Netzverbände nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Daher ist der Beginn der Versorgung in einem Netzwerk der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugärztin oder den Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten anzuzeigen.

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

## **§ 9 Gesamtbehandlungsplan**

(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 3 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin auch die namentliche Benennung der Person, die die Koordination nach § 10 durchführt.

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

(3) 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 Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugärztin oder dem Bezugarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen. Diese oder dieser entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 8 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 3 Änderungen eingetreten sind.

## **§ 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerk**

Die Koordination nach § 5 umfasst:

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

## **§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs**

(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

(2) Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. Die die Koordinationsaufgaben nach § 10 durchführende Person wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.

(3) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Netzwerk nach § 3 auf und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung in einen Netzwerk informiert das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.

(4) Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein teilstationärer, vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

(5) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einem Netzverbund Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

## **§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie**

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

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

## **C. Evaluation**

### **§ 13 Evaluation**

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

II. Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 2. September 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Tragende Gründe

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

Vom 2. September 2021

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1</b>	<b>A. Allgemeines</b> .....	<b>3</b>
2.1.1	§ 1 Zweck und Versorgungsziele .....	5
2.1.2	§ 2 Definition der Patientengruppe .....	8
2.1.3	§ 3 Teilhabeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer .....	12
2.1.4	§ 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut .....	19
2.1.5	§ 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten .....	22
2.1.6	§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes.....	23
<b>2.2</b>	<b>B. Patientenversorgung</b> .....	<b>27</b>
2.2.1	§ 7 Zugang .....	27
2.2.2	§ 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung.....	29
2.2.3	§ 9 Gesamtbehandlungsplan.....	31
2.2.4	§ 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund .....	33
2.2.5	§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs .....	35
2.2.6	§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ..	37
<b>2.3</b>	<b>C. Evaluation</b> .....	<b>38</b>
2.3.1	§ 13 Evaluation .....	38
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>41</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>44</b>



## **1. Rechtsgrundlage**

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019, welches am 01. September 2020 in Kraft getreten ist (BGBl I, S. 1604), wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem damit beauftragt, bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Absatz 6b SGB V zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.

Der G-BA soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, die eine Anpassung seiner Richtlinien erfordern (siehe 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen steht ein breites, durch unterschiedliche Hilfesysteme erbrachtes Leistungsspektrum zur Verfügung; darunter die medizinische einschließlich der pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Behandlung nach SGB V genauso wie Maßnahmen der Rehabilitation nach SGB IX in Ergänzung zu Angeboten der kommunalen Daseinsvorsorge und psychosozialer Hilfe. Auch nach Jahren des kontinuierlichen Ausbaus der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird jedoch immer noch festgestellt, dass Versorgungsangebote nur bedingt aufeinander abgestimmt und lokale Faktoren, die jedoch nicht überall anzutreffen sind, Voraussetzung für eine gelingende Behandlungsplanung und -koordination sind. Ziel ist deshalb die primäre Ausrichtung der Versorgung an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten. Der personenzentrierte Ansatz dieser Richtlinie erfordert dabei die enge Vernetzung und Absprache aller an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pflegenden, weiterer Gesundheitsfachberufe wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oder Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie der entsprechenden Einrichtungen wie Praxen und Krankenhäusern.

In der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem gesetzlichen Auftrag<sup>1</sup> nach § 92 Absatz 6b SGB V wird ausgeführt: „Der vorgesehene Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung psychisch Kranker wird dahingehend konkretisiert, dass er sich insbesondere auf die Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bezieht. Um klarzustellen, dass sich der Regelungsauftrag nicht allein auf die psychotherapeutische Versorgung bezieht, sondern in die Koordinierung der Versorgung insbesondere auch die psychiatrische Versorgung und weitere gegebenenfalls erforderliche Versorgungsbereiche einzubeziehen sind, sind die Regelungen des G-BA in einer neuen eigenständigen Richtlinie zu treffen. Der Regelungsauftrag wird daher in einen neuen Absatz 6b verschoben. In Anlehnung an die für die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA in Absatz 6a Satz 1 vorgesehene Klarstellung, wonach der G-BA Regelungen treffen kann, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren, wird für den neuen

---

<sup>1</sup> vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85

Regelungsauftrag nach Absatz 6b vorgesehen, dass der G-BA hierbei Regelungen treffen kann, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Darüber hinaus hat der G-BA für diese Patientengruppe auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“<sup>2</sup>. Aus der Begründung des Gesetzentwurfs, die mit einem Änderungsantrag des Ausschusses für Gesundheit konkretisiert wurde, ergibt sich darüber hinaus: „Für eine berufsgruppenübergreifende Kooperation sollen Psychotherapeuten insbesondere mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zusammenarbeiten. Daneben können weitere Berufsgruppen, wie beispielsweise Soziotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegekräfte, in die koordinierte und strukturierte Versorgung einbezogen werden. Durch diese Versorgung sollen Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt erleichtert werden. Einzubeziehen sind somit auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie eine Vernetzung zur stationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d. Der G-BA kann leitliniengerechte Versorgungspfade festlegen, an denen sich die Leistungserbringer für eine strukturierte Versorgung orientieren. Durch abgestimmte Prozesse soll eine erhöhte Versorgungseffizienz erreicht werden. Zur Flexibilisierung des Versorgungsangebots sind hierbei auch niedrigschwellige Versorgungsangebote und erweiterte Gruppenangebote einzubeziehen [...]“<sup>3</sup>

Aus den hier dargelegten Ausführungen ist ersichtlich, dass es sich bei der Versorgung insbesondere von schwer psychisch Erkrankten nach dieser Richtlinie um eine spezielle Versorgungsform handelt. Sofern im Rahmen dieser Richtlinie über Leistungsinhalte aus anderen Richtlinien des G-BA hinausgegangen wird und unter Umständen sogar eine unmittelbare Wechselwirkung von Normen zu anderen Richtlinien offenbar wird, wird hiermit klargestellt, dass es sich bei dieser Richtlinie um einen Sonderbereich handelt, dessen Grenzen nicht die Regelungen in anderen Richtlinien des G-BA bilden und deren grundsätzliche Geltung unberührt bleibt.

## **2.1 A. Allgemeines**

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen einher. Auf Grund dieser Einschränkungen und bei Vorliegen von schwer ausgeprägten psychopathologischen Symptomen besteht ein komplexer Behandlungsbedarf, der oft mit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer, psychosomatischer und psychosozialer Hilfen verbunden ist.

Gleichzeitig haben die Erkrankten oftmals große Schwierigkeiten, die für sie erforderlichen Versorgungsmaßnahmen zu erreichen; es bleibt zu oft vielfältigen Umständen überlassen, ob sie ein geeignetes Versorgungsangebot finden und die Möglichkeit erhalten, ihren Versorgungsbedarf zeitnah zu realisieren. Für den Krankheitsverlauf kann das deutliche negative Auswirkungen, wie längere Krankheitsepisoden, schlechtere Behandlungsergebnisse oder vermeidbare Rückfälle, haben.

In Deutschland existiert zwar ein sehr gutes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen, das jedoch durch die Vielzahl und Vielfalt unterschiedlicher Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht nur für die Betroffenen, sondern auch

---

<sup>2</sup> vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85 (Beschlussempfehlung und Bericht)

<sup>3</sup> vgl. BT-Drs. 19/9770, S. 65 (Gesetzentwurf)

für die daran Beteiligten kaum noch zu überschauen ist. Ein strukturiertes und koordiniertes Versorgungssystem kann hingegen Wartezeiten reduzieren und einen verbesserten Zugang zu den erforderlichen Behandlungsangeboten ermöglichen.

Im Mittelpunkt der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V steht daher ein berufsgruppen- und sektorenübergreifender Netzverbund, der einer besseren Vernetzung und Verzahnung der Behandlungsangebote für die Patientinnen und Patienten und der an der Behandlung der jeweiligen Person beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern dienen soll. Ein Kern der Versorgung gemäß dieser Richtlinie ist die Bildung regionaler Zusammenschlüsse verschiedener Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer als Mitglieder eines Netzverbundes, die wiederum mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern Kooperationsverträge (im Folgenden Kooperationsvertragspartner) abschließen und bei Bedarf bestimmte Berufsgruppen oder Einrichtungen in die Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten einbeziehen beziehungsweise Berufsgruppen oder Einrichtungen außerhalb des SGB V berücksichtigen. Mit der Festlegung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, die oder der die Verantwortung für das Ineinandergreifen der verschiedenen Versorgungsbestandteile entsprechend des Gesamtbehandlungsplans trägt, und einer nichtärztlichen koordinierenden Person, welche die Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen unterstützt, wird die persönliche Kontinuität über das Behandlungssetting hinweg gewährleistet.

Die beschriebene Situation findet Eingang in § 1 Absätze 1 und 2, in denen die Definition von Zielen und Unterzielen getroffen wird, und in Absatz 3 mit Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen sollen.

Um eine berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Kooperation auch von beschäftigten Personen in Praxen, Krankenhäusern inklusive ihren Psychiatrischen Institutsambulanzen oder sonstigen beteiligten Einrichtungen möglich zu machen, müssen Vereinbarungen innerhalb des Netzverbundes und mit den mit diesem kooperierenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern getroffen werden. Dabei sollen keine doppelten Versorgungsstrukturen entstehen, sondern die bestehenden Versorgungsangebote besser miteinander vernetzt werden. Im Sinne eines gestuften Versorgungssystems soll die Patientin oder der Patient abhängig von der vorliegenden Indikation, dem Schweregrad der Erkrankung und der Krankheitsphase die jeweils notwendige Krankenbehandlung erhalten.

Für die dazu erforderliche Administration einer so gestalteten Kooperation werden ebenfalls die Voraussetzungen geschaffen.

Für die tatsächliche Versorgung sind auch Vorgaben vorgesehen zur Berücksichtigung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern u.a. aus den Bereichen der Rehabilitation, Teilhabe oder kommunalen Daseinsvorsorge, die relevant sind für die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die zur Zielgruppe der Richtlinie gehören.

Einen besonderen Schwerpunkt der Richtlinie bilden die Vorgaben zur patientenbezogenen Koordination der Leistungen im Einzelfall im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. Dazu werden die Aufgaben der Koordination beschrieben, aus welchen sich die Anforderungen an die die Koordination durchführende Person begründen. Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei dieser Person nach Möglichkeit um eine Person handelt, die an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ohnehin unmittelbar beteiligt und damit der Patientin oder dem Patienten vertraut ist. Damit wird die erforderliche Grundlage für den Aufbau einer auf Vertrauen gegründeten Beziehung geschaffen. Mit der Festlegung einer patientenindividuellen Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, die oder der die

Verantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess trägt, wird die persönliche Kontinuität während der Versorgung nach dieser Richtlinie über das Behandlungssetting hinweg gewährleistet.

Mit der verbindlichen Vernetzung von an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern verbindet die Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V die bestehenden Behandlungsangebote insbesondere aus haus- und fachärztlicher bzw. psychotherapeutischer Versorgung, Psychiatrischen Institutsambulanzen und schließlich (teil-)stationärer und stationsäquivalenter Versorgung und trägt damit zu einer Strukturierung und Koordinierung des Versorgungssystems insbesondere schwer psychisch Erkrankter bei.

Die Richtlinie wird in drei Abschnitte unterteilt: Abschnitt A umfasst neben dem Zweck und den Versorgungszielen auch eine Definition der Patientengruppe (§ 2) und die Festlegung an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten sowie einzubeziehenden und zu berücksichtigenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (§ 3). Weitere Inhalte sind die Definition der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten (§ 4), die Definition der zuständigen Berufsgruppen für die Koordination der Patientinnen und Patienten (§ 5) sowie Festlegungen zu Aufgaben und Organisation des Netzverbundes (§ 6). Abschnitt B stellt die Patientenversorgung in den Mittelpunkt und konkretisiert den Zugang (§ 7) sowie die Diagnostik und Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 8). Darüber hinaus werden Regelungen zum Gesamtbehandlungsplan (§ 9), zur Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund (§ 10), zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 11) sowie zur Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 12) getroffen. In Abschnitt C erfolgen Vorgaben zur Evaluation (§ 13).

### **2.1.1 § 1 Zweck und Versorgungsziele**

#### **Absatz 1**

In Absatz 1 wird der Gegenstand der Richtlinie vorgegeben. Die Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Dies schließt psychosomatischen Behandlungsbedarf mit ein, der für einen beträchtlichen Teil insbesondere der schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besteht.

#### **Absatz 2**

In Absatz 2 wird die Verbesserung der Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie festgelegt. Zudem werden Unterziele formuliert, die die Verbesserung der Versorgung konkretisieren sollen. Zusätzlich wird klargestellt, dass es sich dabei um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf handelt. Somit sind „psychosomatische Behandlungsbedarfe“ auch dann von dem Begriff „psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsbedarf“ mit umfasst, wenn sie nicht explizit benannt werden.

#### Zu 1.

Insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen werden durch das bestehende Versorgungssystem häufig unvollständig oder selten auch überhaupt nicht erreicht, da es ihnen auf Grund ihrer psychischen Verfassung oder des eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus nicht möglich ist, ein geeignetes Versorgungsangebot zu finden und kontinuierlich in Anspruch zu nehmen. Als Unterziel wird daher ein niedrigschwelliger Zugang dieser Patientengruppe zur Versorgung formuliert. Dies soll durch leicht erreichbare, also regionale Angebotsstrukturen unter Einbezug des sozialen Umfeldes, welches sich häufig wohnortnah befindet, und durch Kooperationsverträge z. B. mit psychiatrischen Kliniken erreicht werden. Eine leicht erreichbare Angebotsstruktur ist dabei so weit wie möglich auf die Lebensverhältnisse und den Lebensmittelpunkt der behandelten Patienten ausgerichtet.

#### Zu 2.

Ein wichtiges Ziel der Versorgung ist eine zeitnahe Diagnostik und eine sich bei Bedarf unmittelbar anschließende Behandlung auch im Vergleich zu bestehenden Versorgungsformen.

#### Zu 3.

Als drittes Unterziel wird die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie angestrebt. Die ambulante Behandlung führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und sich auch im Verlauf der Behandlung in ihren Lebenswelten erproben können.

#### Zu 4.

Viele Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen haben Schwierigkeiten, die Leistungen in Anspruch zu nehmen, die sie benötigen. Zudem fehlt es regelmäßig an einem strukturierten und kontinuierlichen Ineinandergreifen der verschiedenen Bestandteile der Behandlung, soweit mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Patientin oder den Patienten behandeln. Genau aus diesem Grund wird zum einen die Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten vorgegeben. Diese Vorgabe soll sowohl der Strukturierung als auch der Kontinuität der Behandlung dienen. Zum anderen ist es erforderlich, eine auf die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten bezogene Koordination anzubieten, die bei dem Umgang insbesondere mit der schweren psychischen Erkrankung ansetzt und dabei unterstützt, die Komplexleistung dieser Versorgung in Anspruch zu nehmen.

### **Absatz 3**

In Absatz 3 werden die Maßnahmen benannt, die der Erreichung des in Absatz 2 definierten Ziels bzw. der Unterziele dienen sollen. Um die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten zur selbstbestimmten Teilnahme an der Behandlung zu fördern, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und Beratung über Behandlungsmöglichkeiten notwendig, um ggf. vorhandene Vorbehalte gegenüber einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung abzubauen und so die Voraussetzungen für einen gelingenden Therapie- und Behandlungsprozess zu schaffen.

#### Zu 1.

Gerade denjenigen, die bisher noch nicht wegen ihrer psychischen Erkrankung behandelt wurden, fällt es aufgrund der fehlenden Strukturierung des Versorgungsangebots oft schwer, die geeignete Behandlungsmöglichkeit zu identifizieren. Die Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten und berufsgruppenübergreifenden Versorgung ist für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Maßnahme.

#### Zu 2.

Der Abklärung der jeweils vorliegenden psychischen Störung im Rahmen einer umfassenden Diagnostik und Feststellung des individuellen Behandlungs- und Versorgungsbedarfs kommt im Rahmen der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten eine besondere Bedeutung zu. Nur so können notwendige Behandlungsmaßnahmen zeitnah und bedarfsgerecht eingeleitet werden, was auch dazu beiträgt, wiederholte Behandlungen ohne nachhaltigen Erfolg oder Fehl- bzw. Unterversorgung zu minimieren. Für den Versorgungsprozess ist dies von hoher Relevanz; entsprechend wichtig sind eine zeitnahe Diagnostik und eine sich - soweit erforderlich - daran anschließende Behandlung.

#### Zu 3.

Leitlinien sind ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Versorgung, die der Sicherung der Qualität der Behandlung und zugleich der Fehlerprävention dienen. Eine qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung wird daher als weitere Maßnahme zur Erreichung der Ziele dieser Richtlinie festgelegt.

#### Zu 4.

Als weitere Maßnahme wird die Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder Bezugspsychotherapeutin bzw. durch einen Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten vorgegeben. Sie oder er stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab. Diese Vorgabe soll sowohl der Strukturierung als auch der Kontinuität der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie dienen.

#### Zu 5.

Als weitere Maßnahme zur Erreichung der Ziele dieser Richtlinie und zur Unterstützung der Behandlungsleitung wird die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund verankert. Zum einen soll dadurch eine verbindliche Ansprechpartnerin bzw. ein verbindlicher Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten vorgesehen werden, die oder der z. B. auf die Patientin oder den Patienten zugeht und sie oder ihn zur Wahrnehmung der Behandlung motiviert.

#### Zu 6.

An der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen sind im Regelfall mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Ein abgestimmter, für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlicher Gesamtbehandlungsplan soll daher die verbesserte Koordination der Versorgung für die Patientinnen und Patienten fördern.

#### Zu 7.

Regelungen, die den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung und umgekehrt verbessern, können Rückfälle und dadurch bedingte (Wieder-)Aufnahmen oder -Einweisungen vermeiden und führen damit unmittelbar zu einer Verbesserung der Versorgung insbesondere schwer psychisch Erkrankter.

#### Zu 8.

Bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen ist die Interaktion mit ihrem sozialen Umfeld in der Regel von großer Bedeutung; daher ist dessen Einbezug von Beginn der Behandlung an notwendig und hilfreich. Die Patientin oder der Patient kann durch ihre oder seine unmittelbaren Bezugspersonen bei der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen und der Wiedererlangung von alltagspraktischen Fähigkeiten unterstützt werden. Zudem können Angehörige und andere Bezugspersonen den behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten wichtige Einblicke in deren Alltag und Krankheitsverlauf geben. Aus diesem Grund ist das soziale Umfeld in die Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie einzubinden.

#### Zu 9.

Schwer psychisch Erkrankte sind häufig auf Hilfen aus anderen Sozialleistungsbereichen angewiesen; daher wird der strukturierte Austausch und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb der Gesundheitsversorgung nach dem SGB V als weitere Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe genannt. Daher sollen Netzverbände sich auch mit diesen Einrichtungen abstimmen, um eine strukturierte Inanspruchnahme solcher Leistungen zu ermöglichen. Da diese Richtlinie diese Einrichtungen nicht zu Kooperationsabsprachen verpflichten kann, richten sich entsprechende Regelungen an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V nach dieser Richtlinie. Diese sollen sich bemühen, mit entsprechenden regional vorhandenen komplementären Strukturen zusammenzuarbeiten.

### **2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe**

Nach den Vorgaben des Gesetzgebers soll die neue Versorgung insbesondere auf schwer psychisch erkrankte Versicherte ausgerichtet sein, die einen komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf aufweisen. Die Regelungen in § 2 dienen einer zielgenauen Identifikation der vorbeschriebenen Patientengruppe.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, in der Literatur als „people with severe mental illness“ beschrieben, leiden nicht nur unter den Symptomen ihrer Erkrankung, sondern auch unter den daraus entstandenen Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten des täglichen Lebens und ihrer psychosozialen Fähigkeiten.

Besonders betroffen von den Folgen der eingeschränkten psychosozialen Fähigkeiten sind Menschen, die in keinem funktionierenden sozialen Gefüge leben und daher vollumfänglich auf ihr eigenes Engagement angewiesen sind. Gerade diesen Menschen fällt es schwer, eine Krankenbehandlung einzufordern und kontinuierlich fortzusetzen. Daraus ergibt sich, dass nicht nur eine Behandlung der psychischen Symptomatik erforderlich ist, sondern auch eine Berücksichtigung der weiteren, sich aus der psychischen Erkrankung ergebenden Beeinträchtigungen. Diesem über eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne hinausgehenden, besonderen (komplexen) Behandlungsbedarf trägt die neue Versorgung nach dieser Richtlinie Rechnung.

Der besondere Behandlungsbedarf psychisch erkrankter Erwachsener unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von demjenigen psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Aufgrund dieses Umstandes, der Besonderheiten der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sowie vor dem Hintergrund einer relativ kurzen gesetzlichen Frist zur

Erarbeitung der Richtlinie hat sich der G-BA zunächst für eine Fokussierung der Patientengruppe ab dem vollendeten 18. Lebensjahr entschieden.

Um die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie die entsprechenden spezifischen Versorgungsangebote angemessen berücksichtigen zu können, ist eine umfassende Auseinandersetzung des G-BA mit der Thematik im Nachgang zur Beschlussfassung dieser Richtlinie erforderlich. Der G-BA wird daher zeitnah nach Beschlussfassung zu dieser Richtlinie die Beratungen zu einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung für Kinder und Jugendliche aufnehmen, in denen die besonderen Bedürfnisse und spezifischen Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendlicher berücksichtigt werden.

### **Absatz 1**

Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ab 18 Jahren, bei denen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, nach dieser Richtlinie versorgt werden. Erwachsenen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen fehlt häufig die Einbettung in ein soziales und berufliches Umfeld, das sie bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stützt. Folglich gelangen diese Patientinnen und Patienten nur schwer in eine kontinuierliche Versorgung oder sie werden nicht in der Versorgung gehalten, weil diskontinuierliche Krankheitsverläufe zu unerwarteten Abbrüchen oder Unterbrechungen führen. Insbesondere auf diese spezifische Konstellation ist die neue Versorgung ausgerichtet, bei der eine nichtärztliche koordinierende Person die Patientinnen und Patienten durch die Behandlung leitet.

Im vorgenannten Sinne bestimmt Absatz 1 zusammenfassend die Personengruppe – Patientinnen und Patienten mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen ab 18 Jahren und komplexem Behandlungsbedarf – die eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten kann. In den folgenden Absätzen 2 bis 4 sind diese Kriterien dann differenziert bestimmt.

Dazu gehört neben dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung auch, dass durch die Schwere der Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und zusätzlich ein komplexer Behandlungsbedarf besteht.

Im Rahmen der Indikationsstellung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist auch zu beurteilen, ob diese Art der Versorgung für die Patientin oder den Patienten zielführend ist, oder ob andere – und wenn ja welche – Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahmen bei der Art und des Ausprägungsgrades der psychischen Störung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen erforderlich sind.

### **Absatz 2**

In Absatz 2 wird die Patientengruppe durch die aufgelisteten Diagnosen charakterisiert. Die Versorgung nach dieser Richtlinie ist auf Versicherte ausgerichtet, bei denen ausgeprägte psychische Symptome einer mit unterschiedlichen kurativen Maßnahmen behandlungsbedürftigen primären psychischen Störung in der Regel über längere Zeit bestehen und die auf Grund der damit einhergehenden deutlichen Einschränkungen in ihren Alltagsfähigkeiten Schwierigkeiten haben, die Krankenversorgung zu erhalten, die sie benötigen.



Erkrankungen aus dem Abschnitt „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (F00-F09) des Kapitels V, Psychische und Verhaltensstörungen, der ICD-10-GM, wurden nicht in die Richtlinie aufgenommen. Dieser Abschnitt umfasst Störungsbilder, die nachweisbar durch eine zerebrale Krankheit, eine Hirnverletzung oder eine andere Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt, verursacht sind. Dies wird i.d.R. bei der Diagnosestellung durch die Verwendung einer zweiten Kodierung, nämlich der den in F00-F09 klassifizierten Syndromen zugrundeliegenden Erkrankung aus dem entsprechenden Kapitel der ICD-10 GM, wie z.B. dem Kapitel VI „Krankheiten des Nervensystems“ (G00-G99), kenntlich gemacht.

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

So zeichnen sich bspw. insbesondere die dementiellen Erkrankungen durch einen chronisch progredienten Verlauf aus, indem der kurative Anteil der Behandlungsmaßnahmen abnimmt und der Anteil komplementärer, pflegerischer Maßnahmen zunimmt. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die S-3 Leitlinie „Demenzen“<sup>4</sup> eine individualisierte Therapie: „Sie ist aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen individualisiert zu gestalten und muss auf die progrediente Veränderung des Schweregrads der Erkrankung abgestimmt sein.“ (S3-Leitlinie, S. 48). Dabei wird die Bedeutung der Hausärztin oder des Hausarztes, gerade aufgrund der langjährigen Kenntnis der Patientinnen und Patienten und ihres Umfeldes in der Leitlinie betont. Letzteres und ein daraus entstandenes Vertrauensverhältnis ermöglichen auch die Koordination der notwendigen Maßnahmen. Dem Bedarf nach einer störungsspezifischen und individualisierten Therapie kann besser durch Maßnahmen, wie beispielsweise in der Nationalen Demenzstrategie aufgeführt, Rechnung getragen werden. Versicherte mit neurologischen oder anderen somatischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich auch eine der aufgelisteten Erkrankungen vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten, wenn auch die Bedingungen nach Absatz 3 und 4 erfüllt sind.

Bei der Evaluation der Richtlinie gemäß § 13 soll die Möglichkeit einer Einbeziehung von Erkrankungen aus dem Abschnitt „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (F00-F09) der ICD-10-GM berücksichtigt werden.

### **Absatz 3**

In Absatz 3 wird die systematisierte Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus durch eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch erkrankten Menschen<sup>5</sup>, der Global Assessment of Functioning Scale (GAF)<sup>6</sup>, vorgegeben. Da eine Diagnose alleine i. d. R. keine ausreichende Aussage über den Schweregrad der psychischen Erkrankung zulässt, bedarf es zur Erfassung und Darstellung desselben eines weiteren Instruments. Schwere und anhaltende psychische Erkrankungen können insbesondere durch ihre Auswirkungen

---

<sup>4</sup> AWMF, S3 Leitlinie „Demenzen“, Januar 2016, [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-013l\\_S3-Demenzen-2016-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf) Zugriff: 09.09.2021

<sup>5</sup> vgl. Pedersen G., Karterud S.: The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. Comprehensive Psychiatry 2012

<sup>6</sup> Global Assessment of Functioning Scale in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

charakterisiert werden, d. h. durch damit einhergehende deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen.

Die GAF-Skala wurde als Instrument ausgewählt, weil sie eine aufwandsarme, störungsübergreifende Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus bei unterschiedlichen psychischen Störungen ermöglicht. Die Beurteilung beruht auf einer klinischen Gesamteinschätzung der Patientin oder des Patienten auf Basis des gesamten diagnostischen Prozesses. Zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus werden auf der GAF-Skala der Schweregrad der Symptomatik und die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Diese sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit angesiedelt.

Die GAF-Skala stellt ein zeitökonomisches, lizenzkostenfreies, reliables und valides sowie in der Versorgung psychisch Erkrankter etabliertes Fremdbeurteilungsinstrument dar. Hinzu kommt, dass die Ermittlung des psychosozialen Funktionsniveaus durch die GAF-Skala bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert ist und als ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V angewendet wird.

Als ein Zugangskriterium für eine Versorgung nach dieser Richtlinie wurde ein Orientierungswert von höchstens  $\leq 50$  auf der GAF Skala festgelegt. Dieser Wert beschreibt ein psychosoziales Funktionsniveau, dass mit starken Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen einhergeht. Das können beispielsweise „Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation oder starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung“<sup>7</sup> sein. Diese unterschiedlichen und ausgeprägten Beeinträchtigungen erfordern eine Behandlung durch mehrere Professionen (z.B. psychiatrisch-medikamentös, psychotherapeutisch, ergotherapeutisch, soziotherapeutisch). Ein psychosoziales Funktionsniveau in Höhe eines GAF-Werts von höchstens  $\leq 50$  bewirkt i. d. R., dass die Patientin oder der Patient nicht mehr in der Lage ist, geeignete Hilfen oder Behandlungsplätze zu finden, Behandlungstermine selbständig zu organisieren oder die notwendigen Behandlungen kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Um die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu erhalten, bedarf diese Patientin oder dieser Patient einer koordinierten und strukturierten Versorgung, wie sie in dieser Richtlinie festgelegt ist.

Ein psychosoziales Funktionsniveau mit GAF-Werten größer 50 weist definitionsgemäß mäßig ausgeprägte Symptome aus (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit. Von diesen mäßig ausgeprägten Symptomen kann nicht mehr auf den Bedarf an einer Versorgung nach dieser Richtlinie geschlossen werden. Patientinnen und Patienten auf diesem psychosozialen Funktionsniveau sind in der Regel in der Lage, notwendige Behandlungsmaßnahmen selbständig in Anspruch zu nehmen und zu organisieren und benötigen dem entsprechend keine Versorgung nach dieser Richtlinie. Gemäß § 12 Absatz 2 Satz 3 ist die Versorgung nach dieser Richtlinie jedoch erst bei nachhaltigem Erreichen der Therapieziele zu beenden.

Derzeit können schwer psychisch Erkrankte bereits Soziotherapie gemäß § 37a SGB V und psychiatrisch häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V erhalten. Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme dieser Leistungen sind in der Soziotherapie-Richtlinie und in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. Als ein Instrument zur Ermittlung des Ausmaßes der durch eine schwere psychische Erkrankung

---

<sup>7</sup> Global Assessment of Functioning Scale in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

hervorgehobenen Beeinträchtigung der Aktivität ist in beiden Richtlinien die Verwendung der GAF-Skala vorgegeben; Indikationskriterium ist bei beiden Leistungen neben den festgelegten Diagnosen ebenfalls ein mittels GAF ermitteltes Funktionsniveau von höchstens  $\leq 50$ .

#### **Absatz 4**

In Absatz 4 erfolgt eine Definition des komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs. Aus der Schwere der psychischen Erkrankung und den damit einhergehenden deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen resultiert die Notwendigkeit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer, psychosomatischer und psychosozialer Hilfen. Ein komplexer Behandlungsbedarf resultiert aus der Art und Ausprägung der individuell vorliegenden psychischen Störung und ggfs. weiterer psychischer und somatischer Komorbiditäten und ist charakterisiert durch eine zwischen mehreren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unterschiedlicher Disziplinen abzustimmende, auf die aktuelle psychische Symptomatik ausgerichtete Krankenbehandlung. Ziele sind dabei, die psychische Erkrankung zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und, bei gegebener Notwendigkeit, somatische Begleiterkrankungen zu behandeln sowie durch den Einsatz weiterer notwendiger therapeutischer Maßnahmen, die darauf abzielen, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern.

Wenn zur Erreichung des Behandlungsziels, Heilung, Linderung, oder Verhütung von Verschlimmerung der psychischen Erkrankung im Quartal der Einsatz von mindestens zwei Behandlungsmaßnahmen durch Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplin nach § 3 Absatz 2 bis 3 erforderlich ist (z.B. fachpsychiatrische Behandlung und Ergotherapie), besteht ein komplexer Behandlungsbedarf gemäß dieser Richtlinie. Insoweit ist eine Behandlungsmaßnahme mindestens einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers der in § 3 Absatz 2 Nummer 1 und 2 genannten Fachgruppe erforderlich.

#### **2.1.3 § 3 Teilhabeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer**

Der Gesetzgeber hat das Problem identifiziert, dass eine hinreichende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Versicherten, inklusive des interdisziplinären Austauschs zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nicht immer im ausreichenden Maße erfolgt und daher insbesondere bei einem komplexen Behandlungsbedarf Stärkung erfahren muss.

Dieser Ansatz findet Ausdruck in der Bezeichnung der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V als „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“, die in der Gesetzesbegründung auch noch klarer bezeichnet wird; hier werden neben Psychotherapeuten und anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern weitere Berufsgruppen, wie Ergotherapeuten, Soziotherapeuten und häusliche Krankenpflege benannt. Die Gesetzesbegründung sieht auch eine Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen vor.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss in § 136a Absatz 2a Satz 31 SGB V ferner beauftragt, Regelungen für die Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bis zum 31. Dezember 2022 zu treffen. Bei einer

psychotherapeutischen Versorgung besteht nicht in allen Fällen das Erfordernis einer interdisziplinären Zusammenarbeit; im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie, die insbesondere auf die berufsgruppenübergreifende Versorgung ausgerichtet ist, ist sie jedoch unbedingt erforderlich. Insoweit wird der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit u. a. durch die Bildung eines interdisziplinären Netzverbundes sowie durch Regelungen über die Koordination der patientenindividuellen Versorgung und z.B. gemeinsamer Qualitätszirkel und Fallbesprechungen Rechnung getragen.

Eine gelingende multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzt das Zusammenwirken der an der Versorgung beteiligten Gesundheits(fach)berufe, und dies unabhängig von deren institutioneller Verortung, voraus.

Der Gesetzgeber geht in der Begründung zu § 92 Absatz 6b SGB V über die psychotherapeutische Versorgung hinaus und formuliert die Zielsetzung, dass insbesondere auch die psychiatrische Versorgung und weitere gegebenenfalls erforderliche Versorgungsbereiche einzubeziehen sind. Die Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt sollen erleichtert werden.

Die Regelungen in § 3 stellen dementsprechend eine Auflistung der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dar, die bei der Behandlung insbesondere schwerer psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle einnehmen. Darüber hinaus werden konkrete Vorgaben für die Einbindung in die Versorgung nach dieser Richtlinie getroffen.

### **Absatz 1**

In Absatz 1 wird geregelt, unter welchen Voraussetzungen und welche Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt und damit letztendlich nach dieser Richtlinie abrechnungsbefugt sind. Dies sind Netzverbundmitglieder, und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die in § 3 Absatz 3 genannt sind und mit dem Netzwerk einen Kooperationsvertrag geschlossen haben, und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die bei Bedarf in die Versorgung des jeweiligen Patienten einbezogen werden sowie ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln.

Ergänzend bedarf es für die Teilnahmeberechtigung dieser Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer einer Genehmigung des Netzverbundes durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung (vgl. Absatz 9).

### **Absatz 2**

In Absatz 2 wird festgelegt, dass der Netzwerk ein vertraglicher Zusammenschluss der in Satz 2 abschließend genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist, der die kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung gewährleistet. Diese Vertragspartner sind sogenannte Netzwerkmitglieder.

Bei den getroffenen Regelungen handelt es sich um zahlenmäßige Mindestvorgaben; diese sollten auch in dünner besiedelten, ländlichen Regionen ein Angebot an Netzwerken ermöglichen.

Um ein ausreichendes und stabiles Versorgungsangebot sicherzustellen, ist eine kritische zahlenmäßige Größe von mindestens 10 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen

und Psychotherapeuten, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie zur Verfügung stehen, erforderlich. Zur Förderung einer weiten und zeitnahen Implementation werden hierfür jeweils vier an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten festgelegt. Dies sind entweder selbst unmittelbar Netzverbundmitglied oder bei einem Netzverbundmitglied mit Anstellungsgenehmigung (z. B. einem MVZ) angestellt. Es handelt sich um Fachärztinnen oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie. Bei diesen handelt es sich um die maßgeblichen ärztlichen und psychotherapeutischen Professionen zur Behandlung der von der Richtlinie erfassten Patientengruppe. Die Gruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasst dabei zum einen die Ärztinnen und Ärzte mit einer fachgebundenen Weiterbildung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ und zum anderen die psychologischen Psychotherapeuten (§ 1 Psychotherapeutengesetz).

Mit dem Netzverbund wird eine organisatorische Einheit geschaffen, die wiederum Grundvoraussetzung für die Berechtigung der in der Richtlinie festgelegten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist, an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilzunehmen. Der Netzverbund nimmt nicht selbst als Rechtsperson an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil.

### **Zur Regionalität**

Der Netzverbund ist regional auszulegen, damit Patientinnen und Patienten die verschiedenen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des Netzverbundes erreichen können. Sowohl die Arztgruppe der Nervenärzte, zu der die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde und die Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie gehören, als auch die Arztgruppe der Psychotherapeuten, die die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst, werden im Rahmen der Bedarfsplanung auf Kreisebene geplant (vgl. § 12 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Der Ausgangspunkt für die Bewertung der Regionalität sollte daher der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt sein. So kann der regionale Bezug des Netzverbundes insbesondere zu Kooperationsvertragspartnern und Angeboten außerhalb des SGB V sichergestellt werden. Eine Abgrenzung dieser Teilgebiete sollte daher aus Versorgungsgesichtspunkten, wie zum Beispiel räumlichen oder infrastrukturellen Besonderheiten, erfolgen und muss nicht notwendigerweise an den Grenzen eines Landkreises ausgerichtet sein.

### **Absatz 3**

Absatz 3 regelt, dass Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie der Abschluss von Kooperationsverträgen durch den Netzverbund mit weiteren Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern ist. Dazu ist je Netzverbund mindestens ein Kooperationsvertrag mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene zu schließen. Verfügt es über eine Psychiatrische Institutsambulanz, kann das Krankenhaus auch durch diese Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen (zur Ermächtigung der Psychiatrischen Institutsambulanz für die Möglichkeit der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie vgl. auch § 118 Absatz 1 und 2 SGB V ; geändert durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der

Gesundheitsversorgung, BGBl. I 2021, S. 2752). Die Definition für ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtung für Erwachsene ergibt sich aus § 17d Absatz 1 KHG.

Darüber hinaus ist ein Kooperationsvertrag mit mindestens einer soziotherapeutischen Leistungserbringerin bzw. einem soziotherapeutischen Leistungserbringer mit einem Vertrag gemäß § 132b SGB V oder einer Ergotherapeutin bzw. einem Ergotherapeuten nach § 124 SGB V oder einem Leistungserbringer, der oder die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat, zu schließen. Durch die Beschränkung auf eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer der Ergotherapie, Soziotherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege soll vermieden werden, dass Netzverbände nicht gegründet werden können, weil nicht all diese Berufsgruppen eingebunden sind.

Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Die Regelungen zu den landesrechtlichen Verpflichtungen der Kliniken werden jeweils durch die einzelnen Bundesländer getroffen. Es handelt sich dabei in der Regel um eine über die alleinige Ausweisung des Krankenhauses im Krankenhausplan des Landes hinausgehende Pflicht zur regionalen psychiatrischen Versorgung.

Eine bundeseinheitliche Definition für regionale psychiatrische Versorgungsverpflichtung steht daher nicht zur Verfügung. Ein typisches Merkmal ist die landesrechtliche Verpflichtung psychiatrischer Krankenhäuser/Fachabteilungen, Patientinnen und Patienten eines definierten regionalen Einzugsbereiches aufzunehmen, sofern diese entweder

- nach den Unterbringungsgesetzen der Länder sowie nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) (Vormundschaft, Pflegschaft) bzw. nach dem Betreuungsgesetz (BtG) eingewiesen werden oder
- stationär behandlungsbedürftig sind und sich freiwillig aufnehmen lassen wollen.

Der G-BA sieht vor, die Vorgabe, dass mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein muss, im Rahmen der Evaluation daraufhin zu überprüfen, ob eine mangelnde Kooperationsbereitschaft von Pflichtversorgern die Bildung von Netzverbänden behindere.

Zusätzlich ist die Kooperation mit einem Krankenhaus anzustreben, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt. Dabei kann es sich um das Vorhandensein einer spezifischen Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie handeln oder aber eine entsprechende fachärztliche Kompetenz, z. B. durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Der Netzverbund arbeitet mit seinen Kooperationsvertragspartnern im Sinne der Versorgung eng und vertrauensvoll zusammen.

Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen, die den Vorgaben des § 6 entsprechen. Es handelt sich insbesondere um organisatorische und infrastrukturelle Vorgaben. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit können ergänzend zusätzliche Inhalte in den Verträgen vereinbart werden. Dazu gehören Vereinbarungen über die jeweilige Erreichbarkeit, die vorhandenen Kapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie Absprachen zur gegenseitigen Information und Prozessgestaltung (beispielsweise bei den Übergängen zwischen den Sektoren).

#### **Absatz 4**

In Absatz 4 wird festgelegt, dass im begründeten Einzelfall bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden können. Es kann sich um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 oder 3 handeln oder um Weitere für den Behandlungsbedarf erforderliche.

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, kann es im Rahmen der Transitionsphase erforderlich sein, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzubinden, um Versorgungsbrüche zu vermeiden.

#### **Absatz 5**

In Absatz 5 wird eine Auswahl an Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Einrichtungen aufgelistet, die bei Bedarf im Rahmen der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie berücksichtigt werden sollten. Durch diese Auflistung sollen die Netzverbundmitglieder sensibilisiert werden, auch in einen Austausch mit Berufsgruppen und Einrichtungen außerhalb des SGB V zu treten und so das in § 1 Nummer 9 formulierte Versorgungsziel zu verfolgen.

Dabei kann die Zusammenarbeit mit u. a. Rehabilitationseinrichtungen und zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sehr wichtig sein. Weitere wichtige Einrichtungen können z.B. Suchtberatungsstellen, Traumaambulanzen, Selbsthilfeorganisationen und psychosoziale Einrichtungen sein. Ein zentrales Element ist hierbei die Zustimmung der Patientin oder des Patienten zum Austausch zwischen der Einrichtung, der nichtärztlichen koordinierenden Person, der Ärztin oder dem Arzt sowie der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten.

Der Umfang dieser nicht abschließenden Aufzählung macht deutlich, wie hoch der Bedarf insbesondere schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten an koordinierender Unterstützung und Begleitung ist.

Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht berechtigt im Sinne des § 3 Absatz 1 sind Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen im Sinne des Absatzes 5.

#### **Absatz 6**

In Absatz 6 wird klargestellt, dass sich die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten orientieren, dass aber auch Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, die nicht mehr verliehen werden, die aber inhaltlich den Vorgaben entsprechen, im Rahmen der Qualifikationsprüfungen die Anforderungen erfüllen.

#### **Absatz 7**

In Absatz 7 werden die Grundsätze der Versorgung nach dieser Richtlinie dargestellt. Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen haben einen individuellen Behandlungsbedarf, der durch einen regionalen Netzverbund berufsgruppenübergreifend

erfüllt werden soll, wobei wiederum weitere Leistungserbringer u. a. über Kooperationsverträge nach § 3 Absatz 3 einbezogen werden und bei Bedarf die Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 und 12 erfolgt. Hierfür wird von einer Bezugsärztin oder einem Bezugsarzt bzw. einer Bezugspsychotherapeutin oder einem Bezugspsychotherapeuten ein Gesamtbehandlungsplan erstellt, der die verschiedenen Behandlungselemente der unterschiedlichen einbezogenen Berufsgruppen enthält und auf der Grundlage der Behandlungsziele ausrichtet. Er oder sie arbeitet eng mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person zusammen, die die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Behandlung unterstützt und u.a. zur Fortsetzung der Behandlung motiviert.

### **Absatz 8**

In Absatz 8 wird eine Regelung getroffen, die sich ausschließlich auf die Behandlungen von sucht- und substanzbezogenen Störungen im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie bezieht. Schwere Ausprägungsgrade von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gemäß ICD-10 Kapitel F1) können zu erheblichen psychosozialen Einschränkungen mit intensiver Inanspruchnahme des Versorgungssystems und somit zu einem komplexen Behandlungsbedarf führen. Die Behandlung dieser Erkrankungen erfordert primär eine störungsspezifische Therapie durch suchtmedizinisch und suchttherapeutisch spezialisierte Therapeutinnen oder Therapeuten. Für die Behandlung steht ein differenziertes und störungsspezifisch ausgerichtetes, gut funktionierendes Behandlungs- und Beratungssystem zur Verfügung (z.B. für die Akutbehandlung: stationäre oder ambulante Entgiftung, qualifizierte Entzugsbehandlung, oder für die Postakutbehandlung: ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung/Rehabilitation, Adaptionsbehandlung als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation, medikamentöse Rückfallprophylaxe, Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen usw.).

Um für Patientinnen und Patienten, die aufgrund von schweren psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen einen komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf aufweisen und daher nach dieser Richtlinie behandelt werden sollen, einen schnellen und koordinierten Zugang zu suchtspezifischen Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen zu ermöglichen, wird an dieser Stelle klargestellt, dass es in diesen Fällen erforderlich ist, dass eines der mit dem Netzverbund gemäß § 3 Absatz 3 kooperierenden Krankenhäuser eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen durchführen kann.

### **Absatz 9**

In Absatz 9 werden Vorgaben zur Prüfung der formalen Voraussetzungen der Netzverbände gemacht. Die Prüfung erfolgt durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung; hierfür sind der Netzverbundvertrag und die Kooperationsverträge vorzulegen. Bei Erfüllung der Vorgaben nach dieser Richtlinie wird durch die Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung erteilt. Diese ist die Voraussetzung für die Berechtigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie der gegenwärtigen sowie künftigen Mitglieder und Kooperationsvertragspartner dieses Netzverbundes sowie solcher Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die auf Wunsch der Patientin oder des Patienten nach Absatz 12 und solchen, die bei Bedarf gemäß Absatz 4 in die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie durch diesen Netzverbund einbezogen werden.



Zudem werden Festlegungen zur Anzeige von Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes und bei den Kooperationsvertragspartnern getroffen. Entsprechende Änderungen – auch an den Netzwerk- und Kooperationsverträgen – sind der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Werden die Mindestvoraussetzungen für die Bildung eines Netzverbundes durch eine Veränderung in der Zusammensetzung nicht unterschritten, ist die Aufnahme neuer oder das Ausscheiden von Mitgliedern der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb von drei Monaten anzuzeigen. Gleiches gilt für die Kooperationsvertragspartner des Netzverbundes nach § 3 Absatz 3. In den Fällen der Nichtunterschreitung der Mindestvoraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass auch bei einer veränderten Zusammensetzung des Netzverbundes die angestrebte berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung nach dieser Richtlinie aufrechterhalten werden kann. Einer erneuten oder weiteren Genehmigung bedarf es insoweit nicht.

### **Absatz 10**

In Absatz 10 werden Festlegungen zur Anzeige von Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner, die zu einem Unterschreiten der in § 3 Absatz 2 und 3 genannten Mindestvoraussetzungen führen, und des dadurch ggf. bedingten Entzugs der Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie getroffen. Da bei Unterschreitung dieser definierten Mindestvoraussetzungen die angestrebte berufsgruppenübergreifende Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gewährleistet werden kann, ist dies der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat in diesem Fall nach sechs Monaten die Genehmigung zu entziehen, wenn die Wiedererfüllung der Mindestvoraussetzungen in dieser Zeit durch den Netzwerk nicht nachgewiesen wird. Der Netzwerk hat dafür Sorge zu tragen, dass die weitere Versorgung von Patientinnen und Patienten auch dann sichergestellt wird, wenn die Mindestvoraussetzungen vorübergehend nicht erfüllt werden oder wenn die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung entzieht.

### **Absatz 11**

Damit eine größere Publizität des Versorgungsangebots erfolgt, teilen die Netzverbände den Kassenärztlichen Vereinigungen und den zuständigen Landeskrankengesellschaften ihr Angebot im Rahmen der neuen Versorgung und ihre Erreichbarkeit zur Veröffentlichung im Internet mit. Die Veröffentlichung sollte barrierefrei sein. Zur Information der Versicherten ist das Verzeichnis auch den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in maschinenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen. Zur Unterstützung des zeitnahen Zugangs soll das Verzeichnis wesentliche Informationen über Angebot und Erreichbarkeit des jeweiligen Netzverbundes beinhalten. Hierzu zählen Erreichbarkeitszeiten des Netzverbundes sowie insbesondere Name und Adresse der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, Kooperationsvertragspartnerinnen und Kooperationsvertragspartner sowie Informationen zum Leistungsangebot.

### **Absatz 12**

Sowohl die Überleitung von der fachärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung außerhalb dieser Richtlinie in die Versorgung nach dieser Richtlinie als auch umgekehrt erfordern eine enge Kooperation von bereits vorbehandelnden ärztlichen,

psychotherapeutischen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit dem Netzverbundmitgliedern und Kooperationsvertragspartnern. Im Patienteninteresse sind sowohl die Vortherapien zu berücksichtigen, als auch ein nahtloser Übergang in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie zu gewährleisten, sonst würde lediglich eine weitere Fragmentierung der Versorgungsstrukturen erreicht. Gerade Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen sind z.B. häufig bereits längere Zeit bei verschiedenen Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Behandlung und möchten diese auch im Rahmen der Komplexversorgung nach dieser Richtlinie noch fortsetzen.

Absatz 12 regelt daher den Einbezug von ggf. vorhandenen vorbehandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die dem Netzverbund z. B. nicht beitreten möchten. Hierbei kann es sich z. B. um Fachärztinnen oder Fachärzte und Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung handeln; es können aber auch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zum Beispiel aus dem Bereich der Ergotherapie, der Soziotherapie und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege die Behandlung weiterhin betreuen. Voraussetzung ist sowohl, dass es sich um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V handelt, als auch, dass diese den Gesamtbehandlungsplan unterstützen und sich bereit erklären, an den Fallbesprechungen des Netzverbundes teilzunehmen, in denen die von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten thematisiert werden.

#### **2.1.4 § 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut**

##### **Absatz 1**

Ein zentrales Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Implementierung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes bzw. einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, welche bzw. welcher die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile der Versorgung nach dieser Richtlinie trägt.

Brüche an den Übergängen der Versorgungssektoren, fehlende Kontinuität der behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die unzureichende Abstimmung von Versorgungsbestandteilen sind häufig berichtete Defizite bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Deshalb wird für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Absatz 1 eine Bezugärztin oder ein Bezugsarzt bzw. eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut etabliert, die oder der für die Dauer der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie als feste Ansprechpartnerin oder fester Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Sie oder er ist verantwortlich dafür, dass die diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt sind und entsprechend des Gesamtbehandlungsplans ineinandergreifen. Die Rolle kann durch die in Absatz 1 genannten Fachärztinnen und Fachärzte oder psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten übernommen werden, die Netzverbundmitglieder gemäß § 3 sind oder bei einem solchen Netzverbundmitglied über eine Anstellungsgenehmigung angestellt sind. Voraussetzung ist, dass diese über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 5 Absatz 2 delegieren können. Statt eines vollen Versorgungsauftrages ist bei einem über eine Anstellungsgenehmigung angestellten Fachärztin oder Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten eine Vollzeittätigkeit erforderlich. Diese

Anforderungen sind geboten um sicherzustellen, dass die in § 6 festgelegten Standards erfüllt werden können.

Vor dem Hintergrund der in der ambulanten Versorgung bestehenden Versorgungsstrukturen insbesondere bei psychiatrischen und psychosomatischen Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist für die Betreuung der Patientinnen und Patienten aufgrund des inhaltlichen und zeitlichen sowie fachlichen Umfangs der Versorgung ein voller Versorgungsauftrag im Sinne des § 19a Absatz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung erforderlich. Reduzierte Versorgungsaufträge sind häufig auf feste Zeiten - auch aufgrund weiterer beruflicher Verpflichtungen – festgelegt. Die erforderliche Flexibilität der Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe oder möglicher Krisenzustände kann mit einem reduzierten Versorgungsauftrag nicht gewährleistet werden. Insbesondere um eine Behandlungskontinuität und gute Erreichbarkeit auch in möglichen Krisensituationen zu sichern, soll ferner durch die Regelung erreicht werden, dass eine Patientin oder ein Patient sich nicht ersatzweise an eine andere Fachärztin oder an einen anderen Facharzt oder eine andere Psychotherapeutin oder einen anderen Psychotherapeuten wenden muss, die bzw. der ihr oder ihm nicht wie die Bezugärztin bzw. der Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut vertraut ist. Eine zentrale Anforderung an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist eine gute Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen sowie die Ermöglichung zeitnaher Termine für Eingangssprechstunden und differenzialdiagnostische Abklärung. Weiterhin ist es zwingend erforderlich, dass die nichtärztliche koordinierende Person in enger Abstimmung mit der Bezugärztin oder dem Bezugarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeut steht, insbesondere um die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans sicherzustellen. Die Anforderungen sind zudem verhältnismäßig, da eine Mitgliedschaft im Netzverbund und damit Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sowohl für Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglich ist, ohne diese besonderen Anforderungen erfüllen zu müssen.

Alternativ können auch in der Psychiatrischen Institutsambulanz des nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, welches Kooperationsvertragspartner des Netzverbundes ist, tätige Fachärztinnen und Fachärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernehmen. Es gelten die oben genannten Voraussetzungen entsprechend, wobei hier eine Vollzeitstelle zur Sicherstellung der Erreichbarkeit heranzuziehen ist. Zudem müssen im Kooperationsvertrag Regelungen, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient einen Bezugarzt bzw. eine Bezugärztin oder einen Bezugspsychotherapeuten oder eine Bezugspsychotherapeutin erhält, umgesetzt und vereinbart werden; es erfolgt eine organisatorische und infrastrukturelle Einbindung der Bezugärztin oder des Bezugarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten (siehe § 3 Absatz 3 Satz 1, § 4 Absatz 2 und § 6 Absatz 4).

Es ist nicht notwendig, dass alle erforderlichen Leistungen durch die Bezugärztin oder den Bezugarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten selbst erbracht werden. So kann diese Rolle durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten auch dann wahrgenommen werden, wenn beispielsweise eine erforderliche Verordnung einer medikamentösen Versorgung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt des Netzverbundes im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans vorgenommen wird. Einschlägige berufsrechtliche und vertragsarztrechtliche Grenzen von Diagnostik und Therapie sind zu beachten und bleiben von den Bestimmungen dieser Richtlinie unberührt.

## **Absatz 2**

Der Netzverbund hat gemäß Absatz 2 festzulegen, wie eine erkrankte Person, deren Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie im Rahmen der Eingangssprechstunde und nach differenzialdiagnostischer Abklärung festgestellt wurde, eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten, erhält. Dabei wird die Fachärztin bzw. der Facharzt oder die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellt, Bezugärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut. Diese Festlegung sollte grundsätzlich für den gesamten Zeitraum der Versorgung gelten, um die Kontinuität im diagnostischen und therapeutischen Behandlungsprozess gewährleisten zu können. Dennoch kann auch ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten, im Verlauf der Behandlung erforderlich werden. Die Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.

## **Absatz 3**

In Absatz 3 werden die Aufgaben der Bezugärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten bestimmt.

### **Zu 1.**

Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung und in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten den Gesamtbehandlungsplan auf. Der Gesamtbehandlungsplan sollte in regelmäßigen Zeitabständen im Hinblick auf die Krankheitsentwicklung der Patientin oder des Patienten einer Prüfung unterzogen und ggf. angepasst werden. Die nichtärztliche koordinierende Person ist hierbei einzubeziehen, da diese für das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, beispielsweise durch Terminvereinbarungen oder Motivierung der Patientin oder des Patienten zur Inanspruchnahme der Krankenbehandlung, verantwortlich ist.

### **Zu 2.**

Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut hat die Behandlung unverzüglich einzuleiten; entsprechend des patientenindividuellen Behandlungsbedarfs sind auch (teil-)stationäre oder stationsäquivalente Maßnahmen zu veranlassen.

### **Zu 3.**

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen oftmals auch mit somatischen Komorbiditäten einher. Aus diesem Grund ist durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten auch eine somatische Abklärung durchzuführen bzw. zu veranlassen und auf eine ggf. erforderliche Behandlung der somatischen Komorbiditäten hinzuwirken.

### **2.1.5 § 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten**

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen mit zum Teil erheblichen Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags, der Selbstfürsorge, der Freizeit, im sozialen Miteinander und der beruflichen Leistungsfähigkeit einher. Viele dieser Patientinnen und Patienten sind krankheitsbedingt nicht in der Lage, die notwendigen Behandlungsmöglichkeiten eigenständig in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig verlieren sie im komplexen psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem den Überblick. Die Inanspruchnahme der unterschiedlichen notwendigen Behandlungsmaßnahmen bei unterschiedlichen Berufsgruppen an unterschiedlichen Orten stellt nicht nur für die Patientin oder den Patienten, sondern auch für die Behandlungsplanung eine besondere Herausforderung dar.

#### **Absatz 1**

In Absatz 1 wird eine Vorgabe zur Verortung der Koordinationsfunktion getroffen. Die damit verbundenen, zeitaufwändigen Tätigkeiten wie die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen soll dabei nicht von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten selbst wahrgenommen werden, daher wird die Koordinationsfunktion durch diese oder diesen an eine der in Absatz 2 genannten nichtärztlichen Berufsgruppen übertragen, also angeordnet und weiterhin verantwortet.

Die Tätigkeiten der nichtärztlichen koordinierenden Person verfolgen die Zielsetzung, die Patientinnen und Patienten in der Versorgung zu halten, Termine zu vereinbaren und erforderlichenfalls wöchentlich mit der Patientin oder dem Patienten zu sprechen. Zudem soll die nichtärztliche koordinierende Person die verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer vernetzen und operative Tätigkeiten zur unterstützenden Steuerung der Patientinnen und Patienten in dieser neuen Versorgungsform übernehmen. Der entsprechende Zeitaufwand ist je nach Schwere der Erkrankung und dem psychosozialen Funktionsniveau nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt bzw. eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten zu leisten, ohne dass deren Behandlungskapazitäten reduziert werden. Die enge interprofessionelle Zusammenarbeit der nichtärztlichen koordinierenden Person mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt der der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten bereichert das Spektrum der Betreuungsmöglichkeiten und der Intensität der Versorgung im Sinne der Richtlinie und stellt sicher, dass die Patientin oder der Patient optimal begleitet wird, so dass die Therapieziele der Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht werden können. Es ist hiermit sicherzustellen, dass die Koordinationsleistung hilft, den Gesamtbehandlungsplan umzusetzen. Die namentliche Benennung dieser Person erfolgt im Gesamtbehandlungsplan.

Die Koordinationsfunktion sollte für jede Patientin oder jeden Patienten grundsätzlich kontinuierlich durch dieselbe Person übernommen werden, damit sich ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann.

#### **Absatz 2**

In Absatz 2 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die die Koordinationsfunktion übernehmen können. Bei den in Nummer 1. bis 3. genannten Berufsgruppen wird eine bestehende Qualifikation bei der Behandlung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten vorausgesetzt. Da es sich insbesondere bei schweren psychischen

Erkrankungen um komplexe Krankheitsbilder handelt, ist darüber hinaus bei den genannten Berufsgruppen der Nummern 4. bis 8. eine fachspezifische Zusatzqualifikation die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Erkrankungen belegt (beispielsweise die Fortbildung „Neurologie und Psychiatrie“ für Medizinische Fachangestellte der Bundesärztekammer), oder alternativ eine zweijährige einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich erforderlich. Bei der Berufserfahrung können Ausbildungszeiten berücksichtigt werden. Weitere konkretisierende Vorgaben zur Ausgestaltung der Zusatzqualifikation erfolgen nicht, die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen erfolgt im Genehmigungsverfahren nach § 3 Absatz 9. Bei der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen unter Nummer 7 sind akademisch ausgebildete Pflegekräfte mit umfasst.

### **2.1.6 § 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes**

Eine verbesserte, nicht nur berufsgruppen-, sondern auch sektorenübergreifende Kooperation kann zur Reduzierung bzw. Verhinderung von Versorgungsabbrüchen und unnötigen Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten führen. In § 6 wird daher festgelegt, dass durch die Netzverbundmitglieder Standards für die Zusammenarbeit im Netzwerk und mit den Kooperationsvertragspartnern zu erarbeiten sind.

#### **Absatz 1**

In Absatz 1 sind Vorgaben enthalten, die der Tätigkeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Netzwerk einen Rahmen geben. Es handelt sich um eine kumulative Aufzählung hinsichtlich spezieller, zu treffender Organisations- und Infrastrukturvorgaben.

#### **Zu 1.**

Da viele Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen häufig nicht nur ambulante Behandlungsangebote benötigen, sondern auch stationäre Aufenthalte erforderlich sein können, ist eine Koordination der Versorgung von besonderer Bedeutung. Durch Nummer 1 wird adressiert, dass die Koordination der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie durch den Netzwerk nicht nur berufsgruppenübergreifend, sondern auch strukturiert und sektorenübergreifend zu erfolgen hat. Der Netzwerk hat durch entsprechende Regelungen dafür zu sorgen, dass die Vorgaben für die Koordination der Versorgung nach § 5 gewahrt werden.

#### **Zu 2.**

Die Netzverbände bieten für die Patientinnen und Patienten Eingangssprechstunden an. Der Erstkontakt der Patientin oder des Patienten zum Netzwerk erfolgt in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah, dies bedeutet in der Regel innerhalb von sieben Werktagen. Diese Vorgehensweise bezieht sich auf die Konstellation, dass andere Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer einen komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf vermuten oder festgestellt haben. Darüber hinaus besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass die Patientin oder der Patient unmittelbar, d.h. ohne Überweisung oder Empfehlung, einen Termin für die Eingangssprechstunde vereinbart. Auch in diesem Fall sollte der Patientin oder dem Patienten in der Regel innerhalb von sieben Werktagen ein Termin vermittelt werden. Regelungen für den Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie nach einer stationären Entlassung ergeben sich aus § 11.

Die Eingangssprechstunde dient dazu eine erste Diagnostik durchzuführen, um festzustellen, ob die Patientin oder der Patient die Voraussetzungen nach § 2 zur Behandlung nach dieser Richtlinie erfüllt. Dies erste Diagnostik ist im Rahmen der differenzialdiagnostischen Abklärung zu prüfen und erforderlichenfalls zu korrigieren.

#### Zu 3.

Sofern nach einer ersten Untersuchung und Diagnosestellung in der Eingangssprechstunde festgestellt wurde, dass eine Patientin oder ein Patient die Voraussetzungen nach § 2 zur Behandlung nach dieser Richtlinie erfüllt, so ist es erforderlich, dass die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah, d.h. in der Regel innerhalb von sieben Werktagen, begonnen wird, um den Gesamtbehandlungsplan zu erstellen und mit der koordinierten Versorgung nach dieser Richtlinie beginnen zu können.

#### Zu 4.

Nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie sollte die sich anschließende Behandlung möglichst schnell beginnen. Als erster Schritt erfolgt hierzu die Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes (siehe § 9). Ein zeitnahe Beginn soll als „innerhalb von sieben Werktagen nach differenzialdiagnostischer Abklärung begonnen“ verstanden werden, um dem Ziel einer Vermeidung von Wartezeiten und Verzögerungen des Behandlungsbeginns zu genügen (vgl. § 1 Absatz 2 Nr. 1).

#### Zu 5.

Die Behandlung insbesondere schwerer psychischer Erkrankungen erfordert die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten. Der Netzverbund hat daher Standards zur geeigneten Patientenkommunikation, insbesondere zur Beteiligung der Erkrankten am Entscheidungsprozess der Behandlung zu vereinbaren. Zur Unterstützung der Kommunikation können beispielsweise Patienteninformationen dienen.

#### Zu 6.

Zur Unterstützung einer möglichst reibungslosen Kommunikation innerhalb des Netzverbundes sind Regelungen zu einer einheitlichen Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung insbesondere der datenschutzrechtlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen zu vereinbaren.

#### Zu 7.

Hierbei handelt es sich um Vorgaben zur sicheren elektronischen Kommunikation, z. B. zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für den Austausch im Netzverbund, die der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dienen. Grundlage sind die geltenden gesetzlichen Regelungen, wie insbesondere datenschutzrechtliche und sozialrechtliche sowie berufsrechtliche Vorgaben. Eine auf der jeweiligen Einwilligung der oder des Versicherten basierende Nutzung der künftig zu etablierenden elektronischen Patientenakte kann den Informationsaustausch weiter stärken.

#### Zu 8.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist keine Notfallversorgung, sondern eine insbesondere strukturierte, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung, die sich nach dem Gesamtbehandlungsplan richtet; also eine Versorgungskontinuität verfolgt. Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans werden mit den Patientinnen und Patienten Maßnahmen für Krisen und Notfälle konkret abgestimmt und individuelle Absprachen getroffen. Für diese Organisation eines Krisenmanagements können

neben den Kooperationsvertragspartnern nach § 3 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 auch z. B. der ärztliche Bereitschaftsdienst oder Angebote von weiteren Kooperationspartnern einbezogen werden.

Zwar ist keine 24/7-Rufbereitschaft durch den Netzverbund selbst erforderlich, jedoch muss gemeinsam mit den oben genannten Kooperationspartnern und Kooperationsvertragspartnern eine jederzeitige Betreuungsmöglichkeit für die Patientin oder den Patienten in Krisensituationen sichergestellt werden. Dazu kann die Einbettung des Netzverbundes in regionale Angebotsstrukturen oder in Angebote der regionalen psychiatrischen Krisenhilfe sinnvoll sein.

#### Zu 9.

Darüber hinaus sind Regeln zur Koordination einschließlich Vermittlung der patientenindividuell erforderlichen Termine zur Wahrnehmung der Versorgungsbestandteile zu treffen, um beispielsweise durch Vorgabe von Fristen für erforderliche diagnostische oder therapeutische Maßnahmen die Versorgungskontinuität zu gewährleisten.

#### Zu 10.

Zur Gewährleistung der effektiven Versorgung nach dieser Richtlinie sind regelmäßige patientenorientierte Fallbesprechungen für jede Patientin und jeden Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf erforderlich. Diese patientenorientierten Fallbesprechungen unter Einbeziehung der an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. Hierbei können Telekonsile oder Videokonsultationen im vertragsarztrechtlich und berufsrechtlich zulässigen Maße genutzt werden. Im Rahmen der Fallbesprechungen müssen nicht die Behandlungen aller Patientinnen und Patienten gleichermaßen besprochen werden; vielmehr erfolgt eine Auswahl auf Grund der Akuität und der spezifischen Behandlungsproblematik. Die Ergebnisse der Fallbesprechung sind bei der Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes zu berücksichtigen.

#### Zu 11.

Die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie bestimmt. Eine Empfehlung für oder gegen ein oder mehrere Qualitätsmanagementverfahren wird dabei nicht ausgesprochen. Zu Verbesserung der engen Zusammenarbeit kann sich der Netzverbund auf ein gemeinsames Qualitätsmanagementverfahren festlegen oder auch über die Vorgaben der Qualitätsmanagement-Richtlinie hinausgehende Regelungen vereinbaren, wie beispielsweise ein Netzverbund-internes Benchmarking oder auch sektorenübergreifende Maßnahmen.

Die Fortbildungsinitiativen dienen dem interdisziplinären Dialog, aber auch der gegenseitigen Wahrnehmung und Kenntnis, auch um die Versorgungsabläufe stetig an die fachliche Entwicklung anzupassen.

Die Einrichtung gemeinsamer Qualitätszirkel bietet die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs und der Diskussion von Behandlungsfällen und Problemen; die Ergebnisse können in den eigenen Praxisalltag integriert werden und somit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Um den intersektoralen Austausch zu fördern, sollten auch Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Kooperationsvertragspartner nach § 3 Absatz 3 Nummer 1 an den Qualitätszirkeln beteiligt werden.



## **Absatz 2**

Gerade für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen ist es ausgesprochen wichtig zu wissen, welche Behandlungsschritte vorgesehen sind und wie der konkrete Ablauf aussehen wird. Dadurch können Sorgen und Befürchtungen der Patientinnen und Patienten frühzeitig adressiert werden. Gleichzeitig sollte angestrebt werden, eine positive Grundhaltung für die weitere Behandlung herbeizuführen. Ein Therapieerfolg – und sei es nur die Stabilisierung des Patienten – ist nur unter aktiver Beteiligung der Patientin oder des Patienten zu erreichen.

Daher müssen, wann immer die Einwilligung der Patientin oder des Patienten notwendig ist, sei es vor Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie oder währenddessen, Erläuterungen erfolgen und Zeit für Rückfragen vorgesehen werden. So muss vor Beginn der Versorgung umfassend über das Versorgungsangebot in allgemeinverständlicher Sprache informiert werden, insbesondere allgemein über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots. Sobald der (vorläufige) Gesamtbehandlungsplan erstellt wurde, ist die Patientin oder der Patient über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen sowie den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen zu informieren. Auf Basis dieser Informationen sind die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten einzuholen. Dies gilt insbesondere auch bei der Hinzuziehung von weiteren zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie noch nicht beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen.

## **Absatz 3**

In Anbetracht der sich stetig weiterentwickelnden Möglichkeiten zur Nutzung der Telemedizin können die Beratung und Behandlung im Rahmen rechtlich zulässiger Einsatzmöglichkeiten auch durch Kommunikationsmedien ergänzt, beispielsweise in Form von Videosprechstunden, und durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Der Einsatz muss jeweils insbesondere berufs- und datenschutzrechtlich sowie sozialrechtlich, und unter Beachtung der für die jeweilige Leistung und die jeweiligen und Leistungserbringerinnen Leistungserbringer geltenden Regelungen zulässig sein.

## **Absatz 4**

Die Regelungen der Absätze 1 bis 3 geben den Rahmen für die Zusammenarbeit der Netzverbundmitglieder sowie über § 3 Absatz 3 Satz 1 auch für die Kooperationsvertragspartner nach § 3 Absatz 3 vor.

Die Erfüllung der hier vorgegebenen Aufgaben und Anforderungen ist im Netzverbundvertrag durch geeignete Regelungen sicherzustellen, zusätzliche Regelungen können bei Bedarf getroffen werden.

## **2.2 B. Patientenversorgung**

### **2.2.1 § 7 Zugang**

Eine große Herausforderung bei der Versorgung von Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ist, diesen möglichst schnell eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen. Dazu muss der Zugang möglichst niedrigschwellig gestaltet sein, da ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau häufig dazu führt, dass Patientinnen und Patienten schon zu Beginn der Behandlung die Hürden für die Inanspruchnahme der Versorgung als zu hoch erleben und daher eine frühzeitige Behandlung erschwert wird oder sogar gar nicht erfolgen kann.

#### **Absatz 1**

In Absatz 1 wird der Zugang in die Versorgung durch einen Netzverbund über zwei Wege beschrieben: Zum einen ist der direkte Zugang zu einem Netzverbundmitglied möglich; also ohne vorangehende Weiterleitung durch eine andere Leistungserbringerin oder einen anderen Leistungserbringer an den Netzverbund. Zum anderen bedarf es einer Überweisung oder Empfehlung in die Versorgung nach dieser Richtlinie, wenn der Erstkontakt nicht bei einem Netzverbundmitglied oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz des nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, welches Kooperationsvertragspartner des Netzverbundes ist, erfolgt. Der Zugang über eine Empfehlung wurde ergänzend gewählt, da diese von allen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Krankenhäusern sowie sozialpsychiatrischen Diensten ausgesprochen werden kann und trotzdem eine klare Rechtsfolge durch die Regelung in § 6 Absatz 1 Nummer 2 und § 7 Absatz 4 entsteht.

#### **Absatz 2**

Um die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu dieser Versorgungsform zu gewährleisten, kann eine Überweisung oder Empfehlung durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Sozialpsychiatrische Dienste sowie ermächtigten Einrichtungen erfolgen.

Die Möglichkeit der Empfehlung durch Sozialpsychiatrische Dienste trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, dass manche Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, zunächst nicht bei Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten vorstellig werden, sondern den Zugang über die Sozialpsychiatrischen Dienste finden. Der niedrigschwellige Zugang ist für die in dieser Richtlinie adressierten Patientinnen und Patienten unentbehrlich und daher möglichst vielfältig zu ermöglichen. Sozialpsychiatrische Dienste verfügen über eine differenzierte Kenntnis des psychiatrischen Hilfesystems und können daher als Wegweiser dienen.

Durch die Aufnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes als empfehlungsberechtigte (Absatz 2) und für die Terminvermittlung zuständige (Absatz 4) Stelle erfolgt die Einbindung desselben in die Versorgung nach dieser Richtlinie unter Zugrundelegung der für diese anderweitig gesetzlich vorgegebenen Kompetenzen. Sozialpsychiatrische Dienste werden demgemäß durch diese Richtlinie nicht über die für ihre gesetzlich festgelegten Aufgaben geltenden Vorgaben hinaus gebunden.

In den jeweiligen für diese geltenden Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) der einzelnen Bundesländer ist zwar eine Pflicht der Sozialpsychiatrischen Dienste zur Überweisung oder

Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nicht speziell in Bezug auf diese Richtlinie angelegt. Zur Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes zählt jedoch die Gewährung von Hilfen für psychisch erkrankte Personen. Die Art der Hilfen richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls. In einzelnen PsychKG wird ausdrücklich die Vermittlung von Hilfen, z.B. einer frühzeitigen ambulanten Behandlung, erwähnt. Insoweit ist dem Aufgabenkreis des Sozialpsychiatrischen Dienstes diese Form der Hilfestellung für die betroffenen Personen immanent. Der Sozialpsychiatrische Dienst kann somit erforderlichenfalls sowohl eine Empfehlung für die Versorgung der Patienten nach dieser Richtlinie aussprechen als auch eine Terminvereinbarung für den Patienten vornehmen, wobei diese Art der Hilfe für die Patienten nach § 2 nicht zuletzt wegen des sektorenübergreifenden Ansatzes der Versorgung nach dieser Richtlinie sogar in besonderem Maße geeignet erscheint.

### **Absatz 3**

In Absatz 3 wird entsprechend der Regelungen in Absatz 2 auch für stationäre und teilstationäre Einrichtungen sowie für Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, die Möglichkeit geschaffen, Patientinnen und Patienten die Versorgung nach dieser Richtlinie zu empfehlen. Bei den Einrichtungen kann es sich sowohl um Krankenhäuser wie auch um Rehabilitationseinrichtungen handeln. Die Richtlinie sieht den Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie über das Entlassmanagement als Empfehlung („Empfehlung für die Behandlung nach dieser Richtlinie“) vor. Empfehlungen sollten im Rahmen des Entlassmanagements in den Entlassbrief aufgenommen werden.

### **Absatz 4**

In Absatz 4 wird die Vorgabe getroffen, dass durch die Ärztin oder den Arzt, die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten oder die Einrichtung, die eine Überweisung oder Empfehlung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ausspricht, unmittelbar einen Termin für eine Eingangssprechstunde vereinbart wird. Ein häufiges Problem für Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass ihnen selbst die Fähigkeit fehlt, die erforderliche Krankenbehandlung für sich zu organisieren. Aus diesem Grund soll von der überweisenden oder empfehlenden Leistungserbringerin oder dem überweisenden oder empfehlenden Leistungserbringer der Termin vereinbart werden, welcher in der Regel innerhalb von 7 Werktagen nach Überweisung oder Empfehlung stattfindet. Voraussetzung für die Vereinbarung des Termins ist die Zustimmung der Patientin oder des Patienten vorab.

Zur Terminvereinbarung kann auch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 14 SGB V in Anspruch genommen werden, die seit dem Inkrafttreten der Änderungen durch das Gesetz zu Reform der Psychotherapeutenausbildung zum 1. September 2020 auch Termine für die Versorgung nach dieser Richtlinie vermittelt.

## **2.2.2 § 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung**

Die Grundlage der Versorgung nach dieser Richtlinie ist eine zielgenaue, leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten. Die verschiedenen Versorgungsbestandteile müssen inhaltlich miteinander verknüpft sein und die Adhärenz der Patientin oder des Patienten soll insbesondere durch die nichtärztliche koordinierende Person bestärkt werden. Die einzelnen Schritte des Vorgehens werden in den folgenden Absätzen festgelegt.

### **Absatz 1**

In Absatz 1 wird festgelegt, dass in der Eingangssprechstunde durch eine Fachärztin oder einen Facharzt, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Nr. 1 oder 2 festgestellt wird, ob die in § 2 genannten Kriterien für das Vorliegen insbesondere einer schweren psychischen Erkrankung, verbunden mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen und einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, vorliegen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nehmen diese Überprüfung im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie vor, sofern sie vertragsärztlich tätig sind und die Psychotherapie-Richtlinie daher für sie Anwendung findet. Dies ist z.B. nicht der Fall bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, die die Eingangssprechstunde im Rahmen der Tätigkeit in einer Psychiatrischen Institutsambulanz eines Krankenhauses, welches Kooperationspartner des Netzverbundes ist, durchführen

Das Gesamtbild der Beschwerden der Patientin oder des Patienten wird in der differenzialdiagnostischen Abklärung erfasst, die in Absatz 1 definiert wird. Die Patientengruppe, die durch die Regelungen in § 2 definiert wird, hat aufgrund des Bedarfs einer komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung und den schwerwiegenden Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankung einen umfassenden Bedarf an einer psychischen, somatischen und sozialen differenzialdiagnostischen Abklärung. Die Erfassung und Differenzierung dieser komplexen Behandlungsbedarfe erfordern fundierte Kompetenzen. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes und der zu ergreifenden Behandlungsoptionen ist es erforderlich, dass sowohl somatisch-medizinische, sozialmedizinische und pharmakologische Kompetenzen als auch umfassende und differenzierte psychotherapeutische Kompetenzen vorliegen. Diese Anforderungen erfüllen die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, die entsprechend ihrer ärztlichen Weiterbildung über die notwendigen somatischen, pharmakologischen, psychotherapeutischen und sozialmedizinischen Kompetenzen verfügen. Durch diese Fachärztinnen und Fachärzte kann sichergestellt werden, dass die notwendigen somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungselemente Eingang in den Gesamtbehandlungsplan finden; darüber hinaus können sie die häufig mitbestehenden relevanten Belange von Schwerbehinderung sowie Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit berücksichtigen.

Aus diesem Grund wird die differenzialdiagnostische Abklärung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 durchgeführt. Eine Fachärztin oder ein Facharzt derselben Qualifikationen wird Bezugsärztin oder Bezugsarzt, sofern bei der Patientin oder dem Patienten der somatische Anteil der Erkrankung im Vordergrund steht. Diese Regelung umfasst auch Fachärztinnen und Fachärzte, die in einer Psychiatrischen Institutsambulanz eines Krankenhauses tätig sind, welches Kooperationsvertragspartner des

Netzverbundes ist. Der somatische Anteil der Erkrankung steht dann im Vordergrund, wenn behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, wenn für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten vorliegen, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, oder wenn die psychopharmakologische Behandlungen der Patientin oder des Patienten einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.

Eingangssprechstunde und differenzialdiagnostische Abklärung können jeweils auch von einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten oder einer Fachärztin oder einem Facharzt, der die Qualifikation nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 oder 2 besitzt, in einer Psychiatrischen Institutsambulanz des Krankenhauses durchgeführt werden, das mit dem Netzwerk einen Kooperationsvertrag nach § 3 Absatz 3 Nummer 1 abgeschlossen hat.

Im Ergebnis der differenzialdiagnostischen Abklärung ist zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan zu erstellen.

Sollten die Kriterien gemäß § 2 nicht erfüllt sein, ist eine Erbringung von Leistungen gemäß dieser Richtlinie nicht möglich.

### **Absatz 2**

In Absatz 2 wird festgelegt, dass für die Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die im oder auf Grundlage des SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Bei der Versorgung nach dieser Richtlinie handelt es sich nicht um ein neues Behandlungsangebot, sondern um ergänzende Versorgungselemente, die die Versorgung insbesondere schwer psychisch Erkrankter koordinieren und strukturieren sowie die berufsgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterstützen. Die Richtlinie gibt vor, dass erforderliche Behandlungsmaßnahmen unmittelbar eingeleitet werden.

Bei der Weiterentwicklung der Richtlinie sind die Möglichkeiten einer aufsuchenden Behandlung im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie zu prüfen.

### **Absatz 3**

In Absatz 3 wird geregelt, dass die Patientin oder der Patient bei Bedarf auf Maßnahmen und Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen wird, da Personen insbesondere mit schweren psychischen Störungen oftmals neben der eigentlichen Krankenbehandlung ihrer psychischen Störung auch Unterstützung in weiteren Bereichen bedürfen. Hierbei kann insbesondere auf die nachfolgenden Einrichtungen und Angebote verwiesen werden:

- Sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
- Gemeindepsychiatrische Verbände und ähnliche durch Landesrecht vorgesehene Verbände oder Arbeitsgemeinschaften,
- Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
- Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
- Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Menschen mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
- Psychosoziale und Suchtberatungsstellen
- Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
- Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Zudem wird festgelegt, dass zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie auf erforderliche Hilfen für relevante Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten hingewiesen werden soll; dies gilt insbesondere in Bezug auf Hilfen für Kinder der Patientin oder des Patienten. Nicht jede psychische Erkrankung eines Elternteils führt dazu, dass Unterstützungsmaßnahmen für vorhandene Kinder notwendig sind; dennoch kann sich die Erkrankung der Eltern negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Gleichzeitig steigt das Risiko selbst psychisch krank zu werden, wenn die Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden und nicht rechtzeitig Maßnahmen zur Unterstützung der Kinder ergriffen werden.

#### **Absatz 4**

In Absatz 4 wird geregelt, dass eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbände nicht erfolgen kann, da dies dem Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung entgegenstehen würde. Die jeweils zuständige Krankenkasse ist über den Beginn der Versorgung ihrer Versicherten in einem Netzwerk nach dieser Richtlinie durch die Bezugärztin oder den Bezugarzt bzw. durch die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten formlos zu informieren, da nur durch die Krankenkasse zweifelsfrei festgestellt werden kann, ob eine Versorgung durch mehrere Netzverbände erfolgt. Diese Anzeigepflicht besteht auch im Fall eines Wechsels des Netzverbundes z.B. im Falle eines Umzuges der Patientin oder des Patienten.

#### **Absatz 5**

In Absatz 5 wird die Vorgabe getroffen, dass parallele Behandlungsangebote durch nicht am Netzwerk beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ausgeschlossen sind, da beispielsweise eine unkoordinierte, doppelte Verordnung des gleichen Heilmittels durch unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer natürlich auch unterschiedliche Zielsetzungen haben kann und nicht mehr im Einklang mit dem Gesamtbehandlungsplan stehen könnte. Darüber hinaus widerspricht eine doppelte Verordnung derselben Maßnahmen dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Davon unberührt bleiben bereits begonnenen Behandlungen, die zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung nach den Vorgaben des § 3 Absatz 12 fortgesetzt werden.

### **2.2.3 § 9 Gesamtbehandlungsplan**

Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen oftmals mehrere unterschiedliche Krankenbehandlungsmaßnahmen. Ausgangspunkt einer guten Versorgung schwer psychisch Erkrankter ist daher die Erstellung eines individuellen, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteten Gesamtbehandlungsplanes auf Basis einer umfassenden Diagnostik und nach ausführlicher Aufklärung der Patientin oder des Patienten. Der Gesamtbehandlungsplan führt die unterschiedlichen Versorgungsangebote zusammen und sollte regelmäßig auch im Hinblick auf die Reflexion der Interaktionen zwischen den verschiedenen Versorgungsbestandteilen überprüft und, sofern erforderlich, angepasst werden.

## **Absatz 1**

In Absatz 1 werden Vorgaben für den Gesamtbehandlungsplan getroffen, der auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung zu erstellen ist. Dieser Gesamtbehandlungsplan wird durch die oder den nach den Festlegungen des Netzverbundes gemäß § 4 Absatz 2 bestimmte Ärztin bzw. Arzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten, die bzw. der die Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 erfüllt, unter Einbeziehung der Patientin oder des Patienten erstellt. Sie bzw. er wird zur Bezugsärztin oder Bezugstherapeutin bzw. zum Bezugsarzt oder Bezugstherapeuten. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans einzubeziehen sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 3 Absatz 1. Soweit erforderlich sollte daneben eine Abstimmung mit weiteren im Rahmen der Behandlung relevanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erfolgen. Bei Bedarf sind relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Die Verantwortung für die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans verbleibt jedoch bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten. Davon bleibt unberührt, dass jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer berufs-, haftungs- und vertragsrechtlich die Erbringung seiner ihm obliegenden Behandlungen weiterhin selbst verantwortet. Zur Abstimmung informiert die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut zunächst die an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu beteiligenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer über den von ihr oder ihm aufgestellten Gesamtbehandlungsplan; diese lernen die Patientin oder den Patienten kennen und geben der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten eine Rückmeldung, sofern eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans erforderlich erscheint. Die weitere Abstimmung der Versorgung und ggf. notwendige Anpassungen des Gesamtbehandlungsplans erfolgen in den regelmäßig durchzuführenden Fallbesprechungen. Unberührt bleibt die fortwährende Möglichkeit der Anzeige von Änderungsbedarfen gegenüber der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten nach Absatz 3.

Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele und umfasst insbesondere alle individuell erforderlichen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrisch häuslicher Krankenpflege. Im Gesamtbehandlungsplan erfolgt in Abstimmung mit der Patientin und des Patienten auch die namentliche Benennung der Person, die die Koordination nach § 10 durchführt. Im Gesamtbehandlungsplan können auch Einrichtungen außerhalb des SGB V genannt werden, die nach § 3 Abs. 5 Berücksichtigung finden.

Da insbesondere schwere psychische Erkrankungen nicht selten auch mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, sind diese zwingend im Rahmen der differenzialdiagnostischen Abklärung zu erheben. Eine Behandlung der somatischen Komorbiditäten kann nicht im Zuge der Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen; sofern erforderlich sind daher Maßnahmen zur Abklärung oder Behandlung somatischer Komorbiditäten Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit berufsrechtlich und vertragsrechtlich erforderlich unter interdisziplinärer Abstimmung zu erstellen.

Der Begriff „relevante Bezugspersonen“ bezeichnet Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten. Dies können – bei Zustimmung der Patientin oder des Patienten – insbesondere Eltern, Ehe- oder Lebenspartnerinnen oder -partner, Geschwister und Kinder oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit der Patientin oder des Patienten konfrontiert sind (z. B. gesetzliche Betreuerinnen oder Betreuer oder Betreuerinnen und Betreuer einer Wohngruppe für psychisch Erkrankte). Der Einbezug relevanter Bezugspersonen dient dazu, deren Ressourcen im Umgang mit und zur

Unterstützung der Patientin oder des Patienten zu fördern und zu stärken. Die Möglichkeit zum Einbezug von relevanten Bezugspersonen begründet keinen eigenständigen Leistungsanspruch der relevanten Bezugspersonen.

### **Absatz 2**

In Absatz 2 wird das Aufstellen eines Kriseninterventionsplans als Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans festgelegt. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sowie relevanten Bezugspersonen werden insbesondere Frühwarnzeichen für Krisen erarbeitet und Techniken und Maßnahmen zur Reduktion des Belastungsniveaus entwickelt, um im Krisenfall gegenzusteuern. Ziel ist der Aufbau eines individuellen Krisennetzes. Der Krisenplan sollte auch Angaben dazu enthalten, wie die Patientin oder der Patient die Ansprechpartnerin oder den Ansprechpartner für Krisensituationen kontaktieren und wie eine schnelle Hilfe erreicht werden kann.

### **Absatz 3**

Der Gesamtbehandlungsplan ist für alle an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugsjärztin oder dem Bezugsjarzt bzw. der Bezugjpsychotherapeutin oder dem Bezugjpsychotherapeuten angepasst werden. Hierdurch soll das Ineinandergreifen von verschiedenen Behandlungsmaßnahmen und die diesbezüglich erforderlichen Absprachen gewährleistet werden. Bei der Verbindlichkeit des Gesamtbehandlungsplans handelt sich um eine Selbstbindung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer; sie hat keinen Einfluss auf die Frage der Haftung im Rahmen der einzelnen Behandlungsanteile.

Bei Anpassungen des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob weiterhin oder erstmalig ein somatischer Anteil der Erkrankung im Vordergrund steht.

## **2.2.4 § 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund**

Ein weiteres wichtiges Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Koordination der Versorgung innerhalb eines Netzverbunds. Schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf sind in besonderem Maße auf eine patientenzentrierte Versorgungskoordination angewiesen. Die Koordinationsfunktion umfasst neben der Sicherstellung der Vernetzung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, dem Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, der Terminvereinbarung auch das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten im häuslichen Umfeld, bei Bedarf das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld sowie die Motivation der Patientin oder des Patienten die Krankenbehandlung aufrechtzuerhalten. Hierdurch soll die Versorgung nach dieser Richtlinie nach dem patientenindividuellen Behandlungsbedarf sichergestellt werden.

In § 10 werden die Aufgaben der nichtärztlichen koordinierenden Person nach § 5 beschrieben. Dabei sind die Nummer 1 bis 3 sowie 7 und 8 verpflichtend für jede Patientin oder jeden Patienten zu erfüllen.

### **Zu 1.**

An der Versorgung der Patientengruppe nach dieser Richtlinie sind unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Die Koordinationsaufgabe ist es in diesem Kontext, die Vernetzung und den die individuellen Patientenbelange betreffenden



Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu sichern.

#### Zu 2.

Die Verantwortung für die jeweils von ihnen durchgeführten Behandlungsmaßnahmen liegen bei den behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Die für die Patientin oder den Patienten erforderlichen Behandlungsmaßnahmen werden durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten im Gesamtbehandlungsplan festgelegt. Koordinationsaufgabe ist es, die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans zu begleiten und sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nachzuhalten, um Behandlungsabbrüche zu verhindern.

#### Zu 3.

Insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen haben oftmals Probleme, Termine für notwendige Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren; daher ist es die Koordinationsaufgabe, entsprechende Termine für erforderliche Behandlungen, für die Patientin oder den Patienten zu vereinbaren und auf die Wahrnehmung der Termine hinzuwirken. Davon umfasst sind auch ggf. notwendige Termine mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern außerhalb des Netzverbundes zur Behandlung von somatischen Komorbiditäten.

#### Zu 4.

Die Patientin oder der Patient ist, sofern erforderlich, mit ihrem bzw. seinem Einverständnis, in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufzusuchen, um den Kontakt zum Netzwerk und zum Versorgungssystem zu halten und drohende Behandlungsabbrüche zu vermeiden, aber auch, um die Patientin oder den Patienten in ihrem oder seinem gewohnten Lebensumfeld zu sehen und zu erleben.

#### Zu 5.

Angehörige oder weitere enge Bezugspersonen sind meist in erheblichem Maße von der schweren psychischen Erkrankung mitbetroffen; gleichzeitig können sie wichtige Gesprächspartner für die behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sein, um sich z.B. über die Situation oder Behandlungsfortschritte der Patientin oder des Patienten auszutauschen. Daher ist bei Bedarf neben Gesprächen mit der Patientin oder dem Patienten unter der Voraussetzung des Einverständnisses der Patientin oder des Patienten die Einbeziehung von Personen aus ihrem bzw. seinem Lebensumfeld von der Koordinationsfunktion umfasst. Die ärztliche Schweigepflicht und die berufsrechtliche sowie sozialrechtlichen Verpflichtungen zur persönlichen Leistungserbringung durch den Bezugsarzt oder die Bezugärztin bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten sind bei der Delegation der Gespräche zu beachten.

#### Zu 6.

Eine der zentralen Koordinationsaufgaben ist es, einen regelmäßigen Kontakt zu der Patientin oder dem Patienten aufrechtzuerhalten. Hierzu gehört, erforderlichenfalls wöchentlich telefonisch oder persönlich mit der Patientin oder dem Patienten in Kontakt zu treten und diesen zu motivieren, die Behandlung fortzuführen. Der kontinuierliche Kontakt ist besonders wichtig, da regelmäßig Informationen über den Zustand der Patientin oder des Patienten zurückgespielt werden und ggf. kurzfristige Maßnahmen veranlasst werden können.

#### Zu 7.

Eine häufig bestehende Schwierigkeit bei Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass die kontinuierliche Fortführung einer Behandlung aufgrund des eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus nicht gelingt. Genau an dieser Stelle soll angesetzt werden, indem ein patientenindividuelles Rückmeldesystem erarbeitet wird, das einerseits zur Förderung von Adhärenz führt und andererseits Handlungsoptionen aufzeigt, die die Resilienz stärken. Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens ist, dass transparent wird, wenn die Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten abbricht und entsprechend interveniert werden kann.

#### Zu 8.

Im Rahmen der Behandlung kann es erforderlich werden, auch weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Anbahnung weiterer Leistungen und Hilfen einzubinden, die (noch) nicht unmittelbar an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligt sind, bspw. Logopädinnen und Logopäden, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; oder auch Sozialpsychiatrische Dienste oder Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe. Dies gehört zu den Koordinationsaufgaben, da die Patientinnen und Patienten aufgrund des eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus hier Hilfe benötigen.

### **2.2.5 § 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs**

Die Krankenhausbehandlung umfasst gemäß § 39 Absatz 1a SGB V ein Entlassmanagement für den Übergang in die Anschlussversorgung. Für psychisch erkrankte Menschen mit einem komplexen Behandlungsbedarf ist eine kontinuierliche Versorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen erforderlich. In § 11 werden daher Festlegungen getroffen, die den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung sowie umgekehrt regeln.

#### **Absatz 1**

In Absatz 1 wird zur Förderung einer nahtlosen Anschlussversorgung die möglichst frühzeitige Erfassung der ggf. notwendigen Anschlussversorgung festgelegt. Dabei ist im Rahmen des Entlassmanagements ein geeignetes Assessment durchzuführen, um zumindest eine Verdachtsdiagnose einer Indikation nach § 2 Absatz 2 festzustellen, entsprechende Konkretisierungen zu geeigneten Instrumenten können der Anlage II der Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a Satz 9 SGB V bzw. dem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2019) entnommen werden.

#### **Absatz 2**

In Absatz 2 wird die Konstellation dargestellt, wonach dem Krankenhaus Informationen über eine bereits bestehende Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie durch einen Netzverbund bekannt sind. Um die nahtlose Weiterbehandlung sicherzustellen, tritt zum einen das Krankenhaus mit der für die Patientin oder den Patienten zuständigen Bezugärztin oder dem zuständigen Bezugsarzt bzw. der zuständigen Bezugpsychotherapeutin oder dem zuständigen Bezugpsychotherapeuten in Kontakt und

übermittelt den Entlassbrief gemäß § 39 Absatz 1a SGB V; zum anderen wird die nichtärztliche koordinierende Person zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.

### **Absatz 3**

In Absatz 3 werden Vorgaben für die Konstellation getroffen, in der eine Indikation nach § 2 Absatz 2 mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf durch das Krankenhaus angenommen wird, eine Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie bisher jedoch noch nicht erfolgt.

In diesem Fall hat das Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung der Patientin oder des Patienten die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie zu empfehlen, mit entsprechender Einwilligung den Kontakt zu einem Netzverbund herzustellen, die Entlassdiagnostik an den Netzverbund zu übermitteln sowie die Terminvereinbarung zur Eingangssprechstunde vorzunehmen. Der Termin hat innerhalb von sieben Werktagen nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin zu erfolgen, um eine nahtlose Anschlussbehandlung sicherzustellen.

### **Absatz 4**

In Absatz 4 werden Regelungen für eine im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie durch einen Netzverbund notwendig gewordene teilstationäre, vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung getroffen. Um die Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu stärken und eine nahtlose Versorgung der Patientin oder des Patienten sicherzustellen, stellt die Bezugärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut - nach Einwilligung der Patientin oder des Patienten - dem aufnehmenden Krankenhaus die erforderlichen Informationen zum bisherigen Behandlungsverlauf (insbesondere zur Anamnese, Diagnostik, Pharmakologie und Behandlungsmaßnahmen) und den Behandlungszielen zur Verfügung.

### **Absatz 5**

Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) des G-BA sieht vor, dass nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Diagnose gemäß § 27 PT-RL auf eine Psychotherapeutische Sprechstunde verzichtet werden und unmittelbar mit probatorischen Sitzungen begonnen werden kann. An dieser Stelle ist der Gesetzgeber tätig geworden und hat in § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V geregelt, dass in dem Fall, in dem sich eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, probatorische Sitzungen bereits während der Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können, um einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten. Hierfür sind zwei Vorgehensweisen vorgesehen; im ersten Fall sucht die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut die Patientin oder den Patienten im Krankenhaus auf und führt die Sitzungen in den Räumlichkeiten des Krankenhauses durch; im zweiten Fall verlässt die Patientin oder der Patient das Krankenhaus und wird in den Räumlichkeiten der psychotherapeutischen Praxis behandelt.

## **2.2.6 § 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie**

Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die bestmögliche Behandlung der Patientinnen und Patienten. Insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen kann daher nicht immer nur die Heilung angestrebt sein, sondern auch die Verbesserung der Krankheitszeichen und der Teilhabe am Leben und der Gesellschaft können schon wichtige Schritte sein. Hierfür ist die Stärkung der Betroffenen im Umgang mit sich selbst und ihrem sozialen Umfeld notwendig. Ein Ziel kann es daher auch sein, die Patientin oder den Patienten dazu zu befähigen, einen eigenständigen stabilen Umgang mit der eigenen Erkrankung zu finden und sie oder ihn in die Lage zu versetzen, auch ohne nichtärztliche koordinierende Person im eigenen sozialen Umfeld die richtigen Hilfen zu finden.

### **Absatz 1**

Die in Absatz 1 getroffenen Festlegungen zu regelmäßig durchzuführenden Beurteilungen des Behandlungsfortschrittes und der Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele dienen der gemeinsamen Reflektion des bisherigen Behandlungsverlaufs; sie sind insbesondere bei medikamentöser Behandlung unverzichtbar. Rückfälle und sich eventuell abzeichnende Nebenwirkungen können so frühzeitig erkannt werden; gleichzeitig bieten sie die Gelegenheit mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten Fragen oder Probleme zu besprechen. Die Therapieziele und der Gesamtbehandlungsplan sind in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten anzupassen.

### **Absatz 2**

Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet sich an insbesondere schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. In Absatz 2 wird daher festgelegt, dass die in § 2 definierten Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie halbjährlich durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu überprüfen sind.

Zeichnet sich im Behandlungsverlauf ab, dass die Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind, die Therapieziele nachhaltig erreicht oder z.B. die Patientin oder der Patient die Versorgung nach dieser Richtlinie beenden möchte, ist die Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut erstellt hierfür einen Überleitungsplan, der alle für die Weiterbehandlung der Patientin oder des Patienten erforderlichen Informationen enthält.

Psychische Erkrankungen der Personengruppe nach § 2 verlaufen üblicherweise nicht linear. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, kann eine Versorgung nach dieser Richtlinie erneut erfolgen, wenn die Voraussetzungen wieder erfüllt sind. Aus Gründen der Behandlungskontinuität ist in diesem Fall die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.

## 2.3 C. Evaluation

### 2.3.1 § 13 Evaluation

Da mit dem § 92 Absatz 6b SGB V ein integratives Versorgungskonzept insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf geschaffen wurde, sollen die Regelungen der Richtlinie innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Beschlusses evaluiert und ggf. angepasst werden. Gegenstand der Evaluation ist die Frage, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele mit den getroffenen Regelungen erreicht werden konnten. Dabei sind auch mögliche Hindernisse der Umsetzung der Regelungen sowie unerwünschte Auswirkungen zu berücksichtigen.

Das von der Richtlinie geregelte integrative Versorgungskonzept umfasst eine Reihe von Maßnahmen und stellt eine komplexe Intervention dar, die auf ein übergeordnetes Ziel gemäß § 1 ausgerichtet ist. Für die Evaluation ist der Evaluationsgegenstand zu präzisieren, damit genaue Evaluationsfragestellungen abgeleitet werden können. Zudem sind die möglichen Datenquellen zu prüfen und daraus abzuleiten, ob eine Primärdatenerhebung (quantitativer und/ oder qualitativer Daten, längs- und/oder querschnittliche Erhebung) durchzuführen ist und welche Evaluationsfragestellungen mit Routinedatenanalysen beantwortbar sind.

Darüber hinaus sind folgende Aspekte zu beachten:

- Da die Implementierung und die Umsetzung der Richtlinie Zeit benötigen, ist zu prüfen, ob bei der Evaluation zwischen einer Initialphase und dem Regelbetrieb unterschieden wird.
- Bei der Formulierung der Evaluationsfragestellungen und der Ausarbeitung des Evaluationskonzepts und -designs ist der Vergleich der Versorgung nach dieser Richtlinie gegenüber den bestehenden Versorgungsformen (§ 1 Abs. 2) zu berücksichtigen.
- Zudem ist bei der Ausarbeitung des Evaluationskonzepts und -designs zu berücksichtigen, ob für die jeweilige Evaluationsfragestellung die bundesweite Ebene und / oder die regionale Ebene zu betrachten ist.

Aus den in § 1 genannten Zielen und Maßnahmen der Richtlinie leiten sich insbesondere folgende ggf. weiter zu präzisierende bzw. modifizierende Fragestellungen für die Evaluation ab:

- Charakterisierung der Patientinnen und Patienten:
  - Welche Diagnosen haben die Patientinnen und Patienten, die die Versorgung nach der Richtlinie in Anspruch nehmen? Wie sind die Patientengruppen darüber hinaus noch charakterisiert (z.B. GAF-Wert) gegenüber der Versorgung mit den bestehenden Versorgungsformen?
  - Welche Leistungen (nach SGB V, aber auch außerhalb des SGB V) erhielten die Patientinnen und Patienten bevor sie nach der Richtlinie versorgt wurden?
- Netzverbände:
  - Wie viele Netzverbände gibt es bundesweit, wie ist deren Verteilung?
  - Wie viele und welche Berufsgruppen sind als Netzverbundmitglieder an den Netzverbänden beteiligt?
  - Welche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer werden als Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut festgelegt?

- Mit welchen Institutionen oder weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern schließen die Netzverbände Kooperationsverträge ab?
- Welche Berufsgruppen nehmen an den patientenorientierten Fallbesprechungen teil?
- Durch welche nichtärztlichen Berufsgruppen wird die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Netzverbände übernommen?
- Zeitnahe Diagnostik- und Therapie:
  - Kann die Regel von sieben Werktagen zwischen Überweisung oder Empfehlung und Eingangssprechstunde eingehalten werden?
  - Kann die zeitliche Vorgabe von sieben Werktagen zwischen Feststellung der Voraussetzungen nach § 2 KSVPsych-RL, der Durchführung der differenzialdiagnostischen Abklärung und dem Beginn der Behandlung eingehalten werden?
  - Kann die Regel von einem Monat zwischen Erstkontakt und der ersten Fallbesprechung im Rahmen der Behandlung der Richtlinie eingehalten werden?
- Behandlung:
  - Wird der Gesamtbehandlungsplan unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten erstellt, regelmäßig angepasst und eingehalten?
  - Welche Leistungen nach SGB V erhalten Patientinnen und Patienten, die nach dieser Richtlinie behandelt werden und welche Berufsgruppen sind an der Versorgung beteiligt?
  - Kann eine Behandlung in patientenbezogenen Krisensituationen rechtzeitig gewährleistet werden?
- Stationäre Aufenthalte und Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung:
  - Erhalten Patientinnen und Patienten, die gemäß der KSVPsych-RL behandelt werden, nach Entlassung aus dem Krankenhaus in kürzerer Zeit eine ambulante Anschlussbehandlung als eine vergleichbare Patientengruppe, die mit den bereits bestehenden Versorgungsformen behandelt wird?
  - Können durch die Regelungen der Richtlinie die stationären Aufenthalte der Betroffenen gegenüber den bestehenden Versorgungsformen verkürzt werden?
  - Können durch die Regelungen der Richtlinie die stationären Aufenthalte der Betroffenen gegenüber den bestehenden Versorgungsformen vermieden werden?
- Wirksamkeit und unerwünschte Auswirkungen der Richtlinie:
  - Welchen Nutzen hat die Versorgung nach der Richtlinie gegenüber den bereits bestehenden Versorgungsformen aus Sicht der Patientinnen und Patienten und aus der Sicht der Leistungserbringenden?
  - Welche unerwünschten Auswirkungen hat die Versorgung nach der Richtlinie gegenüber den bereits bestehenden Versorgungsformen aus Sicht der Patientinnen und Patienten und aus der Sicht der Leistungserbringenden?
  - Hat sich durch die Versorgung nach dieser Richtlinie die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert?

Bei der Bearbeitung der oben angeführten beispielhaften Fragen ist wann immer möglich zu untersuchen, wie sich die Versorgung nach der KSVPsych-RL in ihrer Umsetzung von den bereits bestehenden Versorgungsformen unterscheidet.

Die Ergebnisse der geplanten Evaluation sollen geeignet sein, das Versorgungskonzept iterativ zu verbessern, und zwar sowohl auf Systemebene durch Ableitung von Empfehlungen zur Anpassung der Richtlinie als auch auf regionaler Ebene durch Rückmeldungen an die Netzverbände.

Der G-BA behält sich vor, im Rahmen seiner Beobachtungspflicht bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu erheben, wie viele Netzverbände bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbänden nicht zustande kam, und wenn dies der Fall ist, welche Faktoren der Gründung entgegenstanden.

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Der vorliegende Beschluss regelt die Versorgung schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten in koordinierter und strukturierter Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Versorgung. In diesem Zusammenhang lassen sich neue Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizieren:

1. Die Erstfassung dieser Richtlinie sieht vor, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer einen Netzverbund bilden, Kooperationsvereinbarungen schließen (§ 3 Absätze 1 bis 3) und die Teilnahme an der neuen Versorgungsform durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) genehmigt wird (§ 3 Absatz 9). Davon umfasst ist auch die Meldung über Angebot sowie Erreichbarkeit an die zuständige KV und Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) (§ 3 Absatz 11).
2. Weiterhin müssen auch Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner bei der zuständigen KV angezeigt werden (§ 3 Absatz 9). Kommt es hierbei zum Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist die Wiedererfüllung der Anforderungen innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen (§ 3 Absatz 10).
3. Für die Zusammenarbeit im Netzverbund soll eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation angewendet werden (§ 6 Absatz 1 Nr. 6).
4. Darüber hinaus ist der Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse anzeigepflichtig (§ 8 Absatz 4).

#### **1. Bildung eines Netzverbundes und Genehmigungsverfahren**

Als ein konstitutives Merkmal der Versorgung nach der KSVPsych-RL steht die Bildung eines vertraglichen Verbunds aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Dafür schließen sich mindestens zehn an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu einem Netzverbund zusammen und binden durch Kooperationsverträge mindestens ein Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie mindestens eine Leistungserbringerin bzw. einen Leistungserbringer für Ergotherapie oder Soziotherapie oder einen Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege abgeschlossen hat, ein.

In dem Netzverbundvertrag sind auch gemeinsame Standards, Aufgaben und Anforderungen festzulegen (§ 6 Absätze 1 und 4). Für die Bildung eines Netzverbunds und für das sich anschließende Genehmigungsverfahren (§ 3 Absatz 9) werden dabei folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:



Tabelle 1: Abbildung der erforderlichen Standardaktivitäten und Zeitwerte  
(Abschluss Netzverbundvertrag und Kooperationsverträge sowie Genehmigungsverfahren)

Standardaktivität	Min	Qualifikationsniveau	Lohnsatz in €/h	Bürokratiekosten je Netzverbund
Einarbeitung in die Informationspflicht	360	hoch	53,30	319,80 €
Datenbeschaffung	360	hoch	53,30	319,80 €
Interne Sitzungen zur Abstimmung	1440	hoch	53,30	1.279 €
Aufbereitung der Daten (Erstellung der Vertragsdokumente)	180	hoch	53,30	159,90 €
Formulare ausfüllen (inkl. Informationen über Angebot und Erreichbarkeit)	15	mittel	27,80	6,95 €
Überprüfung der Daten und Eingaben	2	hoch	53,30	1,78 €
Datenübermittlung an KV/LKG	10	mittel	27,80	4,63 €
Kopieren, Archivieren, Verteilen	30	einfach	21,00	10,50 €
<b>Gesamt</b>	<b>2.397</b>			<b>2.103 €</b>

Aus dieser ex ante-Schätzung ergibt sich für das Abschließen der Netzverbund- und Kooperationsverträge sowie dem sich anschließenden Genehmigungsverfahren und der Meldung über Angebot und Erreichbarkeit ein zeitlicher Aufwand von 40 Stunden (2.397 Minuten) je Netzverbund, was einmaligen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 2.103 Euro entspricht. Bei bundesweit 240 Netzverbänden entstehen daher Gesamtkosten in Höhe von 504.720 Euro (240 x 2.103 Euro).

## 2. Mitteilung über Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes

Gemäß § 3 Absatz 9 sind Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes der zuständigen KV mitzuteilen. Kommt es hierbei zum Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist die Wiedererfüllung der Anforderungen innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen (§ 3 Absatz 10).

Es ist davon auszugehen, dass für eine entsprechende Mitteilung an die zuständige KV bzw. ein Nachweis gegenüber dieser ein zeitlicher Aufwand von zehn Minuten bei mittlerem, sowie eine Minute bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 5,53 Euro.

Bei bundesweit 240 Netzverbänden mit jeweils der Mindestanzahl von zwölf Mitgliedern und einer geschätzten Ausfallrate von 10 Prozent entstehen jährliche Gesamtkosten in Höhe von 1.593 Euro (240 x 12 x 0,1 x 5,53 Euro).

### 3. Einführung einer einheitlichen Befund- und Behandlungsdokumentation

Zur Sicherstellung des Informationsaustausches zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern soll in jedem Netzverbund eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation angewendet werden, deren Nutzung durch alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer möglich ist (§ 6 Absatz 1 Nr. 6). Es ist möglich, dass hierfür zusätzliche Software durch einzelne oder alle Mitglieder des Netzverbunds angeschafft werden muss, die Kosten dafür können jedoch nicht quantifiziert werden.

### 4. Anzeige des Versorgungsbegins gegenüber der Krankenkasse

Der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund ist durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten bei der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen (§ 8 Absatz 4). Es ist davon auszugehen, dass für eine entsprechende Mitteilung ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 2,67 Euro. Unter Berücksichtigung einer Zahl von jährlich 72.000 Patientinnen und Patienten, die erstmals in einem Netzverbund versorgt werden, entstehen jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 192.240 Euro (72.000 x 2,67 Euro).

### Zusammenfassung

Insgesamt entstehen durch die KSVPsych-RL einmalige Bürokratiekosten in Höhe von etwa 504.720 Euro, jährliche Kosten in Höhe von etwa 193.833 Euro sowie nicht quantifizierbare Kosten für die ggf. notwendige Anschaffung von Software für die einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation.

Tabelle 2: Abbildung der entstehenden Bürokratiekosten

	<b>Einmalige Bürokratiekosten</b>	<b>Jährliche Bürokratiekosten</b>
Bildung Netzverbände	504.720 Euro	–
Mitteilung über Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes	–	1.593 Euro
Anzeige des Versorgungsbegins gegenüber der Krankenkasse	–	192.240 Euro
<b>Gesamt</b>	<b>504.720 Euro</b>	<b>193.833 Euro</b>

#### 4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
22.11.2019		Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 40, ausgegeben zu Bonn am 22.11.2019
19.12.2019	G-BA	Beschluss zur Einrichtung eines ad-hoc Unterausschuss (UA) „Umsetzung des Regelungsauftrags nach § 92 Absatz 6b SGB V“ sowie Einleitung eines Verfahrens nach 1. Kapitel § 5 Absatz 1 VerFO
21.01.2020	UA ad-hoc	Auftakt-Sitzung
16.04.2020	G-BA	Bekanntmachung zur Ermittlung weiterer stellungnahmeberechtigter Organisationen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) i.V.m. 1. Kapitel § 9 VerFO
20.08.2020	G-BA	Beschluss zur Bestimmung stellungnahmeberechtigter Organisationen für die Erstfassung der Richtlinie
15.10.2020	G-BA	Beschluss zur Bestimmung weiterer Stellungnahmeberechtigter zur Erstfassung der Richtlinie sowie Beschluss zur Delegation der Entscheidung über die Einräumung eines Stellungnahmerechts im Einzelfall zur Erstfassung der Richtlinie auf den UA-adhoc 92-6b
20.10.2020 01.12.2020 15.12.2020	UA ad-hoc	Delegationsbeschlüsse zur Bestimmung weiterer Stellungnahmeberechtigter für die Erstfassung der Richtlinie
15.12.2020	UA ad-hoc	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO zur Erstfassung der Richtlinie
04.05.2021	UA ad-hoc	Anhörung der Stellungnahmeberechtigten zur Erstfassung der Richtlinie
18.05.2021 01.06.2021 15.06.2021 06.07.2021 03.08.2021	UA ad-hoc	Würdigung der mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen sowie Beratungen des RL-Entwurfes und der Tragenden Gründe
02.09.2021	G-BA	Beschlussfassung
07.12.2021		Ergebnis der Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
17.12.2021		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
18.12.2021		Inkrafttreten

Berlin, den 2. September 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## B Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

### B-1 Bekanntmachung zur Ermittlung weiterer Stellungnahmeberechtigter für Entscheidungen des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V



**Bundesanzeiger**

Herausgegeben vom  
Bundesministerium der Justiz  
und für Verbraucherschutz  
[www.bundesanzeiger.de](http://www.bundesanzeiger.de)

**Bekanntmachung**

Veröffentlicht am Freitag, 22. Mai 2020  
BANz AT 22.05.2020 B3  
Seite 1 von 1

---

## Bundesministerium für Gesundheit

**Bekanntmachung  
des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)  
zur Ermittlung weiterer Stellungnahmeberechtigter für Entscheidungen des G-BA  
zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung  
nach § 92 Absatz 6b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)  
– Aufforderung zur Meldung –**

Vom 16. April 2020

Der G-BA ist durch Einfügung des § 92 Absatz 6b SGB V im Rahmen des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) beauftragt, Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, in einer eigenen Richtlinie zu beschließen.

Bei Entscheidungen des G-BA zu den Regelungen des § 92 Absatz 6b SGB V ist bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 91 Absatz 5 und 5a SGB V der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der Kammern der Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene sowie dem Beauftragten für den Datenschutz und die Informationssicherheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Mit dieser Bekanntmachung fordert der G-BA einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften sowie weitere betroffene Organisationen, denen aufgrund ihrer Betroffenheit vor abschließender Beschlussfassung über die Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte gemäß § 92 Absatz 6b SGB V, Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt werden soll, zur Meldung auf.

Entsprechend 1. Kapitel § 9 Absatz 2 der Verfahrensordnung des G-BA (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) ist das Merkmal „maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene“ durch Vorlage der Satzung oder Statuten und – soweit es sich nicht um Körperschaften des öffentlichen Rechts handelt – durch Angabe der Mitgliederzahl glaubhaft zu machen. Es ist darzulegen, inwieweit durch Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte gemäß § 92 Absatz 6b SGB V, eine Betroffenheit der Organisation besteht.

Der G-BA entscheidet aufgrund der eingehenden Meldungen über den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen.

Die Unterlagen sind

bis zum 19. Juni 2020

der Geschäftsstelle des G-BA – nach Möglichkeit in elektronischer Form (z. B. als Word- oder PDF-Dokumente) per E-Mail – zu übermitteln. Bitte teilen Sie uns Ihre Korrespondenz-Post- und E-Mail-Adresse unter Angabe einer Kontaktperson mit.

Sofern der G-BA in der Folge feststellen wird, dass Sie von geplanten Entscheidungen des G-BA zu den obengenannten Regelungen betroffen sind, wird Ihnen zu gegebenem Zeitpunkt Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben.

Korrespondenzadresse

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung & Veranlasste Leistungen  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin  
E-Mail: [skv@g-ba.de](mailto:skv@g-ba.de)

Nachmeldungen sind zulässig. Insoweit ist zu beachten, dass bis zu der Entscheidung über die Nachmeldung die Wahrnehmung des Stellungnahmerechts nicht möglich ist.

Berlin, den 16. April 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende  
Prof. Hecken

**B-2 Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens**

# Beschluss



## **zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und 5a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vor einer abschließenden Entscheidung über die Neufassung der Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V**

Vom 15. Dezember 2020

Der Unterausschuss-adhoc 92-6b des Gemeinsamen Bundesausschusses hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 1 Verfahrensordnung (VerfO) in seiner Sitzung am 15. Dezember 2020 beschlossen, das Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5 und 5a SGB V zum Beschlussentwurf über die Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Absatz 6b SGB V – einzuleiten.

Folgende Beteiligte erhalten Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zur Erstfassung der o. g. Richtlinie:

- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
- ADHS Deutschland e.V.
- Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.
- Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung e.V. (AG ADHS)
- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)
- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen - Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. (bkj)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN); Bundesverband der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BKJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG KJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser e.V. (BAG Psychiatrie)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV)


- Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)
- Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)
- Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DDPP)
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.(GBV)
- Deutsche AG der Tageskliniken in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DATPPP) e.V.
- Deutscher Caritasverband e.V.
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.)
- Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT)
- Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.
- Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)
- Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS)
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
- Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV)
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V., Fachgruppe „Seelische Gesundheit“
- Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)
- Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.
- Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.) Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen
- Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.(GKind)
- Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP)
- Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP)
- Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg - PIBB GmbH i.V.m. der gemeinnützigen Basisorganisation des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit – VPsG e.V.
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.
- Systemische Gesellschaft (SG) e.V.
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen
- Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)

- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)
- Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
- Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)
- Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V.(DGPSF)
- Berufsverband der Soziotherapeuten e.V.
- Spitzenverband ZNS (SpiZ)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
- Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V. (BPM)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (dgsp)
- Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)
- DVT-Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V.
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
- Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
- Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)
- Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)
- Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Bundesgeschäftsstelle
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)
- Bundesverband Ambulante Dienste e. V. und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.), Bundesgeschäftsstelle
- Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)
- Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST).

Die Frist für die Abgabe der schriftlichen Stellungnahme beträgt ab Versand 6 Wochen.

Berlin, den 15. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Unterausschuss adhoc 92-6b  
Die Vorsitzende

  
Leigemann

### B-3 Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde sowie Übersicht der fristgerecht eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen

Allen Institutionen/Organisationen, die sich aufgrund der Bekanntmachung (siehe B-1) gemeldet haben, wurde Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme eingeräumt.



### Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme erteilt wurde sowie Übersicht der fristgerecht eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen zur KSVPsych-RL

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Eingang
§ 91 Abs. 5 SGB V	Bundesärztekammer (BÄK)	26.01.2021
	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	25.01.2021
§ 91 Abs. 5a SGB V	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	26.01.2021
1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 lit. a) VerfO G-BA	<b>Weitere Stellungnahmeberechtigte im Einzelfall zur Erstfassung der Richtlinie</b>	
	ADHS Deutschland e.V.	
	Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	26.01.2021
	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	22.01.2021
	Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung e.V. (AG ADHS)	22.01.2021
	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)	26.01.2021
	Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutinnen und -therapeuten e.V. (bkj)	
	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.	26.01.2021
	Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), Bundesverband der Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	25.01.2021
	Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)	26.01.2021
	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	26.01.2021
	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BKJPP)	25.01.2021
	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG KJPP)	
	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser e.V. (BAG Psychiatrie)	27.01.2021



	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV)	25.01.2021
	Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.	26.01.2021
	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V. (BFLK)	24.01.2021
	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)	26.01.2021
	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)	21.01.2021
	Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)	26.01.2021
	Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V. (DPP)	26.01.2021
	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.(GBV)	26.01.2021
	Deutsche AG der Tageskliniken in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DATPPP) e.V.	
	Deutscher Caritasverband e.V.	25.01.2021
	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.)	26.01.2021
	Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT)	25.01.2021
	Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie e. V. (DGAP)	
	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)	
	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	26.01.2021
	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)	
	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	26.01.2021
	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.	26.01.2021
	Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	25.01.2021
	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.	25.01.2021
	Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie e. V. (DGSF)	
	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)	25.01.2021
	Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS)	
	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG)	
	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	22.01.2021

	Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPTV)	26.01.2021
	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V.	26.01.2021
	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	
	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V. Fachgruppe „Seelische Gesundheit“	
	Deutsches Rotes Kreuz e.V. (DRK)	
	Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.	26.01.2021
	Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.) Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen	26.01.2021
	Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.(GKind)	
	Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP)	30.12.2020
	Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP)	26.01.2021
	Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg - PIBB GmbH i.V.m. der gemeinnützigen Basisorganisation des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit – VPsG e.V.	26.01.2021
	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.	26.01.2021
	Systemische Gesellschaft (SG) e.V.	
	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen	21.01.2021
	Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)	26.01.2021
	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)	23.01.2021
	Unabhängige Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	26.01.2021
	Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)	26.01.2021
	Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V.(DGPSF)	26.01.2021
	Berufsverband der Soziotherapeuten e.V.	26.01.2021
	Spitzenverband ZNS (SpiZ)	25.01.2021
	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG)	26.01.2021
	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)	
	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.	

	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)	26.01.2021
	Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)	26.01.2021
	Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V. (BPM)	24.01.2021
	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V. (dgsp)	24.01.2021
	Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e. V.	26.01.2021
	Deutsche Gesellschaft für Hypnose und Hypnotherapie e.V.	
	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)	22.01.2021
	DVT-Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e. V.	26.01.2021
Organisationen der Leistungserbringer gemäß §§ 92 Abs. 6 Satz 2, Abs. 7 Satz 2 und Abs. 7c SGB V, die nicht bereits oben aufgelistet sind	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.	
	Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e. V.	
	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	26.01.2021
	Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)	26.01.2021
	Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V. (ABVP), Bundesgeschäftsstelle	
	Arbeitsgemeinschaft Privater Heime e. V. (APH)	
	Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)	
	Bundesverband Ambulante Dienste e. V. und Stationäre Einrichtungen e. V. (bad e. V.), Bundesgeschäftsstelle	
	Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege e. V. (BHK)	
	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Bundesverband e. V. (DBfK)	
	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e. V. (VDAB)	26.01.2021

	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland e. V. (ZWST)	
--	--	--

**B-4 Beschlussentwurf, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde**

# Beschlussentwurf



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ folgende Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschlossen:

I. Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

Inhalt

<b>A.</b>	<b>Allgemeines .....</b>	<b>2</b>
§ 1	Zweck und Versorgungsziele .....	3
§ 2	Definition der Patientengruppe .....	4
§ 3	Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer .....	5
<b>B.</b>	<b>Ausgestaltung des Netzverbundes .....</b>	<b>8</b>
§ 4	Zusammensetzung des Netzverbundes .....	8
§ 5	Bezugsärztin oder Bezugsarzt [KBV/PatV: und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut] [KBV: und Behandlungsteam] .....	16
§ 6	Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten.....	19
§ 7	Aufgaben und Organisation des Netzverbundes .....	21
<b>C.</b>	<b>Patientenversorgung.....</b>	<b>24</b>
§ 8	Zugang.....	24
§ 9	Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung.....	26
§ 10	Gesamtbehandlungsplan .....	28
§ 11	Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund	29
§ 12	Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs.....	30
§ 13	Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung .....	31
<b>D.</b>	<b>Evaluation .....</b>	<b>33</b>
§ 14	Evaluation .....	33
	<b>Anlage .....</b>	<b>34</b>

## A. Allgemeines

### § 1 Zweck und Versorgungsziele

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

(2) 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:

1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht **[GKV-SV/DKG: bundesweit]** insbesondere die schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen **[KBV/DKG/PatV: und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen].**
2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten **[GKV-SV/PatV: für die Gruppe der]** insbesondere **[KBV/DKG: für]** schwer psychisch **[GKV-SV/PatV: kranken]** **[KBV/DKG: kranke]** Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
3. **[KBV/DKG/GKV-SV: Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten.]**

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

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
3. Qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
4. Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt **[KBV/PatV: oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten].**
5. Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund
6. Abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug des sozialen Umfelds,
9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.

## § 2 Definition der Patientengruppe

(1)

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
<p>Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer schweren psychischen Erkrankung nach Absatz 2 in Verbindung mit Absatz 3, bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 4 besteht.</p> <p>Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.</p> <p>Schwere psychische Erkrankungen sind insbesondere dadurch charakterisiert, dass über einen längeren Zeitraum Krankheitssymptome bestehen, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das psychosoziale Funktionsniveau einhergehen und, daraus resultierend, zu einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen führen.</p>	<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 [KBV/DKG: „psychosomatischer“] oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf [DKG/PatV: nach Absatz 4] besteht, haben Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie.</p>

(2)

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
<p>Eine schwere psychische Erkrankung im Sinne von Absatz 1 liegt vor, wenn eine der folgenden psychischen Erkrankungen festgestellt wird und diese zu deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen im Sinne des Absatz 3 bei der Patientin oder dem Patienten geführt hat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10-F16 und F18-F19)</li> <li>2. Schizophrenie (ICD-10: F20)</li> <li>3. Schizotype Störung (ICD-10: F21)</li> <li>4. Anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10: F22)</li> <li>5. Schizoaffektive Störungen (ICD-10: F25)</li> <li>6. Manische Episode (ICD-10: F30)</li> <li>7. Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31)</li> <li>8. Schwere und rezidivierend-depressive Störungen (ICD-10: F32.2-F32.3 und F33.2-F33.3)</li> <li>9. Zwangsstörungen (ICD-10: F42)</li> </ol>	<p>Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99) des ICD-10-GM vor.</p>



<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/DKG/PatV</b>
10. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) 11. Essstörungen (ICD-10: F50) 12. Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60-F61).	

(3)

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/DKG</b>	<b>PatV</b>
Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist die GAF-Skala <sup>1</sup> heranzuziehen. Orientierungswert für deutliche Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus und Indikationskriterium für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist ein GAF-Wert von 40 (höchstens ≤50).	Es liegen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vor. Zur differenzierten Erfassung soll ein Fremdeinschätzungs-instrument Einsatz finden; insbesondere können hierfür geeignet sein: a.) das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP) b.) die Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala)	Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen vor, wenn das psychosoziale Funktionsniveau gemäß GAF-Wert ≤50 klassifiziert wird.

(4) Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 notwendig ist.

### **§ 3 Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer**

(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden **[GKV-SV: Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten]** **[KBV/DKG/PatV: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte]** folgender Fachrichtungen:

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

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

5. **[KBV/PatV: Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie]**

(2) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene berechtigt **[GKV-SV/PatV: , auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen]**.

(3)

GKV-SV	PatV	KBV/DKG
<p>Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V für Erwachsene und dem folgenden Leistungsspektrum berechtigt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, die Leistungen nach §§ 5, 6 und 11 erbringen und Leistungen im Umfang der Ermächtigung nach § 118 SGB V erbringen,</li> <li>2. Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, die im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ausschließlich Leistungen im Umfang ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V erbringen.</li> </ol> <p>Durch Einrichtungen nach Nummer 1 müssen mindestens vorgehalten werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder</li> <li>b) Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder</li> <li>c) Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie.</li> </ol>	<p>Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit ermächtigten Psychiatrischen oder Psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V berechtigt. Der Erbringung von Leistungen nach dieser Richtlinie stehen Regelungen der Vereinbarung zu psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V nicht entgegen.</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

(4) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind berechtigt:

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. **[GKV-SV/PatV: Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben]** **[KBV/DKG: Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche**

Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung].

(5)

<b>DKG</b>	<b>KBV/GKV-SV/PatV</b>
Für im Rahmen bestehender Regelversorgung erbrachte Leistungen gelten die leistungsrechtlichen Grundlagen des jeweiligen Leistungserbringers.	<i>[keine Übernahme]</i>

(6) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

## **B. Ausgestaltung des Netzverbundes**

### **§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes**

(1) Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines **[GKV-SV/DKG/PatV: regionalen]** **[KBV: wohnortnahen, berufsgruppenübergreifenden]** Netzverbundes **[KBV: 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 schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen **[KBV/DKG: ,psychosomatischen]** oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt **[GKV-SV: entsprechend des individuellen Behandlungsbedarfes durch einen]** **[KBV/DKG/PatV: nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem]** **[GKV-SV/KBV/DKG: regionalen]** Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes **[KBV/PatV: oder einer Bezugspsychotherapeutinnen oder eines Bezugspsychotherapeuten]** **[KBV: in einem patientenindividuellen Behandlungsteam]** gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6 **[PatV: und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 5]**.

(3) Der Netzverbund besteht aus mindestens

GKV-SV	KBV	DKG	PatV
<p>1.</p> <p><b>1</b> Fachärztin oder Facharzt für</p> <p>a) Psychiatrie und Psychotherapie,</p> <p>b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</p> <p>c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</p> <p>und</p> <p>2.</p> <p><b>1</b> ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten</p> <p>und</p> <p>3.</p> <p>einer Leistungserbringern oder einem Leistungserbringer nach § 3 Absatz 3</p> <p>und</p> <p>4.</p> <p>einer/m Ergotherapeutin und Ergotherapeuten, einer soziotherapeutischen Leistungserbringerin oder einem soziotherapeutischen Leistungserbringer, die einen Vertrag über die Versorgung mit Soziotherapie gem. § 132b SGB V abgeschlossen haben oder einer</p>	<p>1.</p> <p><b>15</b> Fachärztinnen und Fachärzten für</p> <p>a) Psychiatrie und Psychotherapie,</p> <p>b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</p> <p>c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</p> <p>d) oder Neurologie</p> <p>und</p> <p>2.</p> <p><b>15</b> ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten.</p> <p>Die Mindestanzahl an teilnehmenden Leistungserbringern oder Leistungserbringern ist erforderlich um</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• das koordinierte, berufsgruppenübergreifende, zielgenaue und diagnose-spezifische Versorgungsangebot</li> <li>• die Gruppenangebote</li> <li>• die zeitnahe Terminvergabe und</li> <li>• die regionale Verfügbarkeit</li> </ul> <p>zu gewährleisten.</p> <p>Aufgrund regionaler Besonderheiten</p>	<p>1.</p> <p><b>6</b> Fachärztinnen und Fachärzten für</p> <p>a) Psychiatrie und Psychotherapie,</p> <p>b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</p> <p>c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</p> <p>und</p> <p>2.</p> <p><b>6</b> ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten.</p>	<p>1.</p> <p><b>5</b> Fachärztinnen und Fachärzten für</p> <p>a) Psychiatrie und Psychotherapie,</p> <p>b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</p> <p>c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</p> <p>d) oder Neurologie</p> <p>und</p> <p>2.</p> <p><b>3</b> ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten</p> <p>und</p> <p>3.</p> <p>einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V mit regionaler Versorgungs- und ermächtigter Psychiatrischer Institutsambulanz nach § 118 SGB V</p> <p>und</p> <p>4.</p> <p>einer Leistungserbringerin oder Leistungserbringer der Ergotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege oder Soziotherapie.</p>

GKV-SV	KBV	DKG	PatV
<p>Leistungs- erbringerin oder einem Leistungserbringer, der oder die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat nach § 3 Abs. 4.</p> <p>Die Leistungs- erbringerinnen und Leistungserbringer nach Nummer 1 und 2 müssen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen; dieser Versorgungsauftrag kann auch durch mehrere Leistungs- erbringerinnen und Leistungserbringer im Netzverbund je Fachgruppe erfüllt werden.</p> <p>Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 können bei Bedarf in den Netzverbund eingebunden werden.</p> <p>Die Mitglieder des Netzverbundes schließen einen Netzverbundvertrag, der insbesondere die Ausgestaltung der Festlegungen in § 7 regelt.</p>	<p>kann von den Bestimmungen dieses Absatzes abgewichen werden.</p>		

(4)

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
<p>Psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V können Leistungen dieser Richtlinie und Leistungen im Umfang ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V erbringen.</p> <p>1. Einrichtungen nach § 3 Absatz 3 Nummer 1 schließen den Netzverbundvertrag nach Absatz 3. In den Einrichtungen nach § 3 Absatz 3 Nummer 1 muss eine Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt nach § 5 Absatz 1 persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich zur Verfügung stehen. Vor erstmaliger Leistungserbringung gemäß § 3 Absatz 3 Nummer 1 wird von der psychiatrischen Institutsambulanz ein Nachweis der Einrichtung über die Erfüllung der Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erbracht; es erfolgt zudem eine entsprechende Information durch die Einrichtung an den jeweils zuständigen Zulassungsausschuss. Sofern die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, hat die psychiatrische Institutsambulanz dies unverzüglich den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Zulassungsausschuss mitzuteilen. Eine Leistungserbringung durch die psychiatrische Institutsambulanz kann von den Krankenkassen bis zur Erfüllung der Anforderungen und erneutem Nachweis dessen ausgesetzt werden.</p> <p>2. Einrichtungen nach § 3 Absatz 3 Nummer 2 schließen den Netzverbundvertrag nach Absatz 3.</p>	<p>[keine Übernahme]</p>

GKV-SV/PatV	KBV/DKG
<p>[keine Übernahme]</p>	<p>Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</li><li>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</li></ol> <p>Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche <b>[KBV: Leistungsinhalte]</b> <b>[DKG: Inhalte zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit]</b> können zusätzlich <b>[KBV: im Bedarfsfall]</b> vereinbart werden.</p> <p><b>[DKG: Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Zusätzlich soll mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser über psychosomatische Kompetenzen verfügen.]</b></p> <p><b>[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</b></p>

<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>KBV/DKG</b>
	vermieden oder verkürzt und die soziale Integration der Patientin oder des Patienten gefördert und stabilisiert werden.]

(5)

<b>GKV-SV, KBV, DKG</b>	<b>PatV</b>
<p>Vertreterinnen und Vertreter folgender Berufsgruppen oder Einrichtungen können bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>2. <b>[GKV-SV:</b> Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben] <b>[KBV/DKG:</b> Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen],</li> <li>3. Soziotherapeutische Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,</li> <li>4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V,</li> <li>5. Zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI,</li> <li>6. Wohneinrichtungen für psychisch Kranke,</li> <li>7. <b>[KBV/DKG:</b> Suchtberatungsstellen,</li> <li>8. Ambulante betreute Wohneinrichtungen für Demenzkranke]</li> <li>9. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Vertreter dieser Berufsgruppen sind bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr einzubeziehen, sofern eine besondere Expertise hinsichtlich transitionspsychiatrischer und -psychotherapeutischer Aspekte erforderlich ist.</li> </ol>	<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 Netzwerkverbund zur Verfügung gestellt werden kann. Der Netzwerkverbund soll mit diesen auch Kooperationsabsprachen treffen, um die Teilnahme an den patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 1 Nr. 10 sicherzustellen.</p> <p>Zur Adressierung des Versorgungsziels nach § 1 Absatz 3 Nr. 9 soll der Netzwerkverbund 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"> <li>1. Sozialpsychiatrische Dienste</li> <li>2. Krisendienste</li> <li>3. Psychosoziale und Suchtberatungsstellen</li> <li>4. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe</li> <li>5. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben</li> <li>6. Selbsthilfeorganisationen.</li> </ol> <p>Der Netzwerkverbund sichert bei Bedarf im Einzelfall zudem die Hinzuziehung von Rehabilitationseinrichtungen sowie stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen.</p>



(6)

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/DKG/PatV</b>
Die Versorgung von Erkrankungen nach § 2 Absatz 2 Nummer 1 setzt voraus, dass die im Netzverbund teilnehmende Leistungserbringerin oder der im Netzverbund teilnehmende Leistungserbringer nach § 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 oder § 4 Absatz 3 Satz 3 spezifische qualifizierte Entzugsbehandlungen Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-647) durchführt. Zudem sind Suchtberatungsstellen in den Netzverbund nach Absatz 3 einzubinden.	<i>[keine Übernahme]</i>

(7)

<b>GKV-SV/KBV/PatV</b>	<b>DKG</b>
<b>[GKV-SV:</b> Der Netzverbundvertrag ist] <b>[PatV:</b> Alle vertraglichen Vereinbarungen sind] <b>[KBV:</b> Die Netzverbundverträge nach § 4 Abs. 1 und die Kooperationsverträge nach § 4 Abs. 4 sind] der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie ist durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dem Netzverbund eine Genehmigung zur Teilnahme <b>[GKV-SV:</b> durch seine Mitglieder] <b>[KBV:</b> durch seine Mitglieder und Kooperationspartner] an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu erteilen.	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.

(8)

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/DKG</b>	<b>PatV</b>
Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Bei Netzverbänden, die über die Mindestvoraussetzungen hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Mitgliedern und das Ausscheiden von Mitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzverbundes ist dadurch nicht berührt. Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen, die Genehmigung nach Absatz 8 ist zu entziehen.	<i>keine Übernahme</i>	Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Bei Netzverbänden, die über die Mindestvoraussetzungen hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Mitgliedern und das Ausscheiden von Mitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzverbundes ist dadurch nicht berührt. Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. Innerhalb von sechs Monaten ist die Wiedererfüllung der Anforderung an die personellen Mindestvorgaben gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung der durch die Mitglieder des Netzverbundes behandelten Patientinnen und Patienten durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine die Mindestvorgaben nach Absatz 3 erfüllende Nachbesetzung erfolgt, hat die zuständige Kassenärztliche

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
		Vereinigung die Genehmigung nach Absatz 7 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu entziehen. Satz 5 gilt bei einer Beendigung der Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie entsprechend.

(9)

GKV-SV/KBV	DKG	PatV
<p>Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände <b>[GKV-SV: in ihrem Zuständigkeitsbereich ]</b> bereit.</p> <p><b>[GKV-SV: Das Verzeichnis enthält auch die Erreichbarkeitszeiten des Netzverbundes.]</b></p>	<p>Der Netzwerkverbund teilt sein Angebot sowie seine Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft für eine Veröffentlichung eines Verzeichnisses der bestehenden Netzwerkverbände in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich auf deren jeweiligen Internetseiten mit.</p>	<p>Der Netzwerkverbund ist für die Organisation der Leistungen nach dieser Richtlinie und Erreichbarkeit verantwortlich. Er teilt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss folgende Informationen für eine Veröffentlichung eines Verzeichnisses der bestehenden Netzwerkverbände auf deren jeweiligen Internetseiten mit: Name, Ort, Ansprechpartner, Erreichbarkeit, Kooperationspartner und Leistungsangebot</p>

(10)

KBV	PatV	GKV-SV	DKG
<p>Die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sollen zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden. Sie sollen von der Bezugsärztin</p>	<p>Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, welche die Patientin oder den Patienten zum Zeitpunkt des Beginns der Versorgung nach dieser Richtlinie wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 Absatz 2 behandeln, sollen zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in die koordinierte Versorgung gemäß dieser Richtlinie</p>	<p><i>[keine Übernahme, Verortung der Regelung in § 9 Abs. 6]</i></p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

KBV	PatV	GKV-SV	DKG
<p>oder vom Bezugsarzt oder von der Bezugspsychotherapeutin oder vom Bezugspsychotherapeuten in die Fallbesprechungen eingebunden werden und für regelmäßige Absprachen und insbesondere zur Teilnahme an Fallbesprechungen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen. In Ausnahmefällen und in Absprache mit dem Behandlungsteam kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 begonnene Behandlung zusätzlich zur Versorgung nach dieser Richtlinie fortgesetzt werden.</p>	<p>einbezogen werden. Sie sollen von der Bezugsärztin bzw. vom Bezugsarzt oder von der Bezugspsychotherapeutin oder vom Bezugspsychotherapeuten in die Fallbesprechungen eingebunden werden und für regelmäßige Absprachen und insbesondere zur Teilnahme an Fallbesprechungen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen. In Ausnahmefällen und in Absprache mit dem Behandlungsteam kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 Absatz 2 begonnene Behandlung zusätzlich zur Versorgung nach dieser Richtlinie fortgesetzt werden.</p> <p>In Ausnahmefällen und in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten können ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die weder Mitglied des Netzverbundes 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.</p>		

**§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt [KBV/PatV: und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut] [KBV: und Behandlungsteam]**

(1)

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV</b>	<b>DKG</b>	<b>PatV</b>
<p>Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt trägt die Gesamtverantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Mitglieder des Netzverbundes nach § 4 und gehören einer der folgenden Fachgruppen an:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> <li>3. Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,</li> </ol>	<p>Die Bezugsärztinnen oder Bezugsärzte oder die Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten sind die zentralen Ansprechpartner und Koordinatoren für die Patientinnen und Patienten bei der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie sind Mitglieder des Netzverbundes nach § 4 und gehören einer der folgenden Fachgruppen an:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> <li>3. Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>4. Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeuten</li> <li>5. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</li> </ol>	<p>Die Bezugsärztinnen oder Bezugsärzte sind die zentralen Ansprechpartner und Koordinatoren für die Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie sind Mitglieder des Netzverbundes nach § 3 und gehören einer der folgenden Fachgruppen an:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> <li>3. Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>4. Ärztliche Psychotherapeuten und Psychotherapeuten</li> </ol>	<p>Die Bezugsärztinnen oder Bezugsärzte oder die Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten sind die zentralen Ansprechpartner für die Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie sind Mitglieder des Netzverbundes nach § 3 und gehören einer der folgenden Fachgruppen an:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> <li>3. Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>4. Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeuten sowie</li> <li>5. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</li> </ol>

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV</b>	<b>DKG</b>	<b>PatV</b>
Ist eine psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V i.V.m. § 4 Abs. 4 Nr. 1 Mitglied im Netzwerkverbund, kann auch eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 im Rahmen ihrer Leistungserbringung in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz Bezugärztin oder Bezugsarzt sein.			Ist eine psychiatrische (oder psychosomatische) Institutsambulanz nach § 118 SGB V Mitglied im Netzwerkverbund, kann auch eine Fachärztin oder ein Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nach Satz 2 Nummer 1 bis 5 im Rahmen ihrer Leistungserbringung in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz Bezugärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

(2)

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV</b>	<b>DKG</b>	<b>PatV</b>
Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 10 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt grundsätzlich während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes ist nur zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungs-	Bezugärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ist in der Regel dasjenige Netzmitglied, das die Eingangssprechstunde nach § 9 Abs. 1 durchgeführt hat. Der Wunsch der Patientin oder des Patienten und eine entsprechende spezifische fachliche Expertise der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten sind hierbei zu beachten.	Im Rahmen der Erstellung eines vorläufigen Behandlungsplanes gemäß § 9 Absatz 1 werden durch die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 bis 3 auch Festlegungen zur Bezugärztin oder zum Bezugsarzt getroffen. Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.	Die Netzwerkverbände nach § 4 Absatz 1 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 9 Absatz 1 eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten erhält.

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV</b>	<b>DKG</b>	<b>PatV</b>
erbringer nach Absatz 1 möglich.			

(3)

<b>KBV</b>	<b>GKV-SV/DKG/PatV</b>
<p>Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines patientenindividuellen und patientenzentrierten Behandlungsteams erforderlich. Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt das Behandlungsteam zusammen.</p> <p>Das Behandlungsteam wird jeweils aus einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt nach § 3 Absatz 1 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3 oder Nr. 5 sowie einer Vertragspsychotherapeutin oder Vertragspsychotherapeuten nach § 3 Absatz 1 Nr. 4 des Netzverbundes gebildet. Bei Bedarf können Kooperationspartner nach § 4 Absatz 4 Nr. 1 und Nr. 2 auch Mitglieder des Behandlungsteams sein. Berufsgruppen oder Einrichtungen nach § 4 Absatz 5 können ebenfalls hinzugezogen werden.</p>	<i>[keine Übernahme]</i>

(4)

<b>KBV/DKG</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>
<p>Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt <b>[KBV:</b> oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] koordiniert die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dem Gesamtbehandlungsplan.</p>	<p>Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt <b>[PatV:</b> oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] ist verantwortlich für</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,</li> <li>2. <b>[GKV-SV:</b> die unverzügliche Einleitung einer ambulanten oder stationären Behandlung] <b>[Pat-V:</b> die Einleitung einer sofortigen Therapie, gegebenenfalls Veranlassung einer (teil)stationären Einweisung oder anderen Form der Verordnung einer Krankenhausbehandlung, Veranlassung einer stationären Einweisung oder Veranlassung des Eingehens einer Kooperation mit stationären Einrichtungen,]</li> <li>3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und falls erforderlich die Veranlassung einer Behandlung.</li> </ol>

(5) Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt **[KBV/PatV:** oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] trägt die Verantwortung für ein dem Gesamtbehandlungsplan entsprechendes Ineinandergreifen der Versorgungsangebote für die Patientin oder den Patienten durch den Netzverbund. Jedes Mitglied des Netzverbundes trägt dabei die Verantwortung für die von ihr oder ihm durchgeführte Behandlung.

## § 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

(1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie **[GKV-SV/DKG: i.S.d. § 11]** erfolgt durch:

<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>KBV/DKG</b>
1. eine nichtärztliche koordinierende Person, angebunden an die Praxis der Bezugärztin oder des Bezugarztes <b>[PatV:</b> oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten] <b>[GKV-SV:</b> Die koordinierende Person ist der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt weisungsgebunden.]	die Bezugärztin oder den Bezugsarzt <b>[KBV</b> oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut]. Teile der Koordinationsaufgabe können entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben an Personengruppen nach Absatz 2 oder an andere Netzmitglieder übertragen werden.

<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>KBV/DKG</b>
2. eine nichtärztliche koordinierende Person <b>[GKV-SV: nach Absatz 2]</b> in einer Psychiatrischen Institutsambulanz nach <b>[GKV-SV § 3 Absatz 3 Nummer 1]</b> <b>[PatV § 118 SGB V]</b> . <b>[GKV-SV:</b> Die koordinierende Person ist der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt weisungsgebunden.]	<i>[keine Übernahme]</i>

<b>PatV</b>	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>
3. 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 Bezugarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten.	<i>[keine Übernahme]</i>

(2)

<b>GKV-SV/ PatV</b>	<b>KBV/DKG</b>
Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann durch eine der folgenden Berufsgruppen ausgeübt werden, sofern diese	Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen <b>[DKG: :]</b>

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/PatV</b>
über eine fachspezifische Zusatzqualifikation verfügen, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder über eine zweijährige Berufserfahrung (inklusive Ausbildungszeiten) in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:	<b>[KBV: ,diese sollten]</b> über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:

1. Medizinische Fachangestellte, **[DKG: sofern diese über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen,]**
2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,
3. **[GKV-SV/PatV: Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben] [KBV/DKG: Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen],**
- 4.

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/DKG</b>	<b>PatV</b>
Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben.	Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132 a Absatz 4 SGB V erbringen.	Berufsgruppen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 132a SGB V, mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung <b>[PatV: oder Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben].</b>

<b>GKV-SV/ PatV</b>	<b>KBV/DKG</b>
5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, 6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, 7. Pflegefachpersonen, 8. Psychologinnen und Psychologen.	<i>[Keine Übernahme]</i>



(3) **[GKV-SV:** Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.]

## § 7 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

(1) Die am Netzverbund teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer **[GKV-SV:** nach § 4 Absatz 3 und 4] haben **[KBV:** als Netzmitglieder oder Kooperationspartner] durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass

1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung erfolgt,

2.

<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>GKV-SV</b>
die Herstellung des Erstkontakts in der Eingangssprechstunde zum Netzverbund nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen).	<i>[keine Übernahme]</i>

3. die Diagnostik und der Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes zeitnah erfolgen (in der Regel innerhalb von einer Woche **[GKV-SV:** nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2] **[PatV:** nach Abschluss des Assessments gemäß § 8 Absatz 6]),

4. eine einheitliche Patientenkommunikation (gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation) gewährleistet ist,

5. **[GKV-SV/PatV:** eine gemeinsame Dokumentation] **[KBV/DKG:** eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation] **[DKG:** unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen] erfolgt,

6. eine sichere elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes gewährleistet ist,

<b>GKV-SV /PatV</b>	<b>KBV/DKG</b>
7. eine <b>[GKV-SV:</b> 14-Stunden-Erreichbarkeit zwischen 8-22 Uhr] <b>[PatV:24-Stunden-Erreichbarkeit]</b> für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht	7. Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder anderen geeigneten Kooperationspartnern erfolgen.

<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>KBV/DKG</b>
8. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes getroffen werden.	<i>[keine Übernahme]</i>

<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>GKV-SV</b>
9. regelmäßig Netzverbundkonferenzen stattfinden.	<i>[ keine Übernahme]</i>

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/DKG/PatV</b>
10. patientenorientierte Fallbesprechungen auch unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Abständen (mindestens einmal im Monat) durchgeführt werden.	10. patientenorientierte Fallbesprechungen <b>[KBV: im Behandlungsteam]</b> auch unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt <b>[PatV: in der Eingangssprechstunde]</b> mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.

11. vereinbarte Qualitätsmanagementverfahren eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (bspw. Qualitätszirkel) erfolgt.

<b>KBV</b>	<b>GKV-SV/DKG/PatV</b>
12. die intensivierete berufsgruppenübergreifende Behandlung nach dieser Richtlinie entsprechend den in Anlage 1 zu dieser Richtlinie beschriebenen Leistungsmodulen umgesetzt wird.	<i>[keine Übernahme]</i>

(2) Zur Sicherstellung des Informationsaustausches zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah deren Nutzung durch alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer ermöglicht.

(3)

<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>KBV/DKG</b>
Die Beratung und Behandlung kann auch unter Einbindung von digitalen Medien erfolgen; die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.	Die Beratung und Behandlung kann auch über Kommunikationsmedien/Telekommunikationswege durchgeführt sowie digitale (z. B. von der elektronischen Gesundheitskarte unterstützte) Anwendungen der Telematikinfrastruktur genutzt werden.

(4)

<b>KBV/PatV</b>	<b>GKV-SV/DKG</b>
Die Koordination des Netzverbundes erfolgt <b>[PatV: kann erfolgen]</b> durch eine Netzverbundbeauftragte oder einen Netzverbundbeauftragten. Diese oder dieser kann Mitglied des Netzverbundes sein. Sie oder er gewährleistet, dass die in dieser Richtlinie vorgeschriebenen Anforderungen an den Netzverbund vorliegen. Außerdem koordiniert sie oder er das therapeutische Angebot im Netzverbund abseits vom individuellen Behandlungsfall. <b>[KBV: Eine entsprechende digitale Plattform wird durch die zuständige kassenärztliche Vereinigung zur Verfügung gestellt.]</b>	<i>[keine Übernahme]</i>

KBV/PatV	GKV-SV/DKG
<p>Aufgaben der oder des Netzverbundbeauftragten <b>[KBV: sind]</b> <b>[PatV: können]</b> insbesondere <b>[PatV sein]</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Unterstützung der Kooperation und die Abstimmung und Koordination der Maßnahmen der Mitglieder des regionalen Netzverbundes,</li> <li>2. die Information der Öffentlichkeit über die Versorgungsangebote des Netzverbundes in enger Abstimmung mit den Kooperationspartnern,</li> <li>3. die Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten und Durchführung qualifizierter Schulungen zur Netzverbundtätigkeit,</li> <li>4. die Organisation regelmäßiger Netzverbundtreffen zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzverbundstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend des regionalen Bedarfs,</li> <li>5. die <b>[KBV: Förderung der]</b> <b>[PatV: Ermöglichung von]</b> Kooperationen mit den in § 4 Abs.5 genannten Akteuren und thematisch verwandten Akteuren,</li> <li>6. die Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen <b>[PatV: koordinierenden Personen und]</b> Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.</li> </ol>	

## C. Patientenversorgung

### § 8 Zugang

(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf [KBV/DKG/PatV: der Überweisung oder] der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer [GKV-SV: ärztlichen oder psychotherapeutischen] Leistungserbringerin oder einem [GKV-SV: ärztlichen oder psychotherapeutischen] Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzverbands ist.

(2) 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

GKV-SV/DKG	KBV	PatV
1. Hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie, 2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4. Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, 5. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie oder 6. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.	alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.	1. Alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, 2. Sozialpsychiatrische Dienste oder 5. Psychosoziale Beratungsstellen.

(3) 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 **[PatV: der Entlassungsplanung]** **[GKV-SV/KBV/DKG: des Entlassungsmanagements]**

<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>KBV/PatV</b>
gemäß § 39 Absatz 1a SGB V	durch eine entsprechende Fachärztin oder einen entsprechenden Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten

der Einrichtung ausgesprochen werden.

(4)

<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>DKG/KBV</b>
Mit der Empfehlung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der veröffentlichten Netzverbände.	<i>[keine Übernahme]</i>

Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei **[GKV-SV: einem]** **[KBV/DKG/PatV: dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten]** Netzwerk unmittelbar einen Termin **[GKV-SV: zur differentialdiagnostischen Abklärung]**. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

(5) Der Netzwerk hat für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung **[KBV/DKG/PatV: oder Überweisung]** einen Zugang

<b>GKV-SV</b>	<b>DKG/KBV/PatV</b>
zur differentialdiagnostischen Abklärung innerhalb von drei Tagen nach Empfehlung sicherzustellen.	zur Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Werktagen nach Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung sicherzustellen.

(6) Netzverbände nach § 4 Absatz 1 bieten **[GKV: eine differentialdiagnostische Abklärung]** **[KBV/DKG/PatV: ein Assessment]** einschließlich der Prüfung, ob die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind,

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/DKG/PatV</b>
<i>[keine Übernahme]</i>	im Rahmen einer Eingangssprechstunde <b>[DKG/PatV: oder zeitnah im Anschluss an diese]</b>

an.

## § 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

(1)

GKV-SV	KBV/DKG/PatV
Die differentialdiagnostische Abklärung ist eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 5 Absatz 1. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und, sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt.	<p><b>[KBV:</b> In der Eingangssprechstunde] <b>[DKG/PatV:</b> Im Rahmen des Assessments nach § 8 Abs. 6] erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach [KBV/DKG: § 3] <b>[KBV:</b> Absatz 1 Nummer 1 bis 5] <b>[DKG:</b> Nummer 1 bis 3] <b>[PatV:</b> § 5 Absatz 1]. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein <b>[KBV:</b> Gesamtbehandlungsplan] <b>[DKG/PatV:</b> vorläufiger Behandlungsplan] erstellt.</p> <p>Zudem wird die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt <b>[KBV/PatV:</b> oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] festgelegt. Die <b>[KBV:</b> Patienteninteressen] <b>[DKG/PatV:</b> Wünsche der Patienten oder des Patienten] sind zu berücksichtigen.</p>

(2)

GKV-SV	KBV	DKG/PatV
Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen sowie die in Anlage 1 aufgeführten Leistungen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.	Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung, die die Leistungsmodule der Anlage einschließen.	<i>[keine Übernahme]</i>

(3) Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder 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.

GKV-SV	KBV/PatV	DKG
<p>(4) Der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund ist der zuständigen Krankenkasse durch den Bezugsarzt anzuzeigen.</p> <p>(5) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Rahmen mehrerer Netzverbünde ist ausgeschlossen. Eine parallele Behandlung durch nicht am Netzverbund teilnehmende Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer oder Einrichtungen nach § 4 ist, außer in Fällen nach Absatz 6, ausgeschlossen, wenn sich</p>	<i>[keine Übernahme]</i>	

GKV-SV	KBV/PatV	DKG
diese Behandlung auf eine Diagnose nach § 2 Absatz 2 bezieht. Dies gilt auch für eine parallele Verordnung derselben Maßnahmen für dieselbe Diagnose.		
<p>(6) Im Sinne der Kontinuität der Behandlung sind die bereits im Vorfeld an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die Versorgung nach dieser Richtlinie einzubeziehen. Während der Versorgung nach dieser Richtlinie kann die Versorgung durch diese in Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt fortgesetzt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die dem Netzverbund nicht angeschlossen sind, den Gesamtbehandlungsplan anerkennen und sich bereiterklären an den Fallbesprechungen teilzunehmen.</p>	<p><i>[keine Übernahme, Verortung der Regelung in § 4 Abs. 4 (letzte beiden Sätze, KBV-Position Abs. 10)]</i></p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

KBV/PatV	GKV-SV/DKG
<p>(7) Patientinnen und Patienten können im Bedarfsfall eine aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld erhalten, um die Erreichung der Therapieziele sicherzustellen und die ambulante Behandlung zu ermöglichen.</p> <p><b>[KBV:</b> Dies kann insbesondere durch eine koordinierte Zusammenarbeit mit den jeweiligen gemeindepsychiatrischen Verbänden ermöglicht werden.</p> <p>Die aufsuchende multiprofessionelle Therapie kann durch alle Mitglieder des Netzverbundes erfolgen. Diese ist Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans 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"> <li>3. Stärkung der Eigenkompetenz z. B. durch Psychoedukation und Adhärenz-Förderung etc.</li> <li>2. Förderung von sozialen Fähigkeiten und Kontakten, z. B. durch soziales Kompetenztraining und Hilfeintegration,</li> <li>3. Information und Einbezug des relevanten sozialen oder betreuenden Lebensumfeldes.</li> </ol> <p>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>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

## § 10 Gesamtbehandlungsplan

(1)

GKV-SV/DKG/PatV	KBV
<p>Auf Basis <b>[GKV: der differentialdiagnostischen Abklärung]</b> <b>[DKG/ PatV: des Assessments]</b> wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt <b>[PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten]</b> <b>[GKV-SV: nach § 5]</b> erstellt. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln <b>[GKV-SV/PatV: , Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege]</b>.</p>	<p>Auf Basis der Differentialdiagnostik wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten – soweit berufsrechtlich oder vertragsarztrechtlich erforderlich unter Abstimmung mit einem Arzt unter Einbeziehung von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie von Bezugspersonen erstellt. Der Gesamtbehandlungsplan enthält insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie die Verordnung von Heilmitteln.</p>

(2) 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/PatV: oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten]** **[GKV-SV/ PatV: nach Absatz 1]** zu erfolgen.

(3)

GKV-SV/KBV/DKG	PatV
<p>Der Behandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differentialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringer außerhalb der strukturierten koordinierten Versorgung.</p>	<p>Wesentlicher Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin auch die Benennung einer koordinierenden Bezugsperson für die Umsetzung des Behandlungsplans. Im Gesamtbehandlungsplan wird namentlich festgelegt, welcher der an der Leistungserbringung beteiligten Leistungserbringer die Aufgabe der Koordination übernimmt (koordinierende Bezugsperson).</p> <p>Die koordinierende Bezugsperson wird aus dem Kreis der an der Behandlung beteiligten ärztlichen oder nicht-ärztlichen Leistungserbringer des Netzverbundes benannt und soll dem Patienten oder</p>



<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<b>PatV</b>
	der Patientin möglichst schon vertraut sein. Die weiteren Aufgaben regelt § 11.

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

## § 11 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund

<b>GKV-SV</b>	<b>KBV/DKG</b>	<b>PatV</b>
<p>Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 umfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern</li> <li>2. das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,</li> <li>3. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes,</li> <li>4. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in seinem häuslichen Umfeld mindestens einmal im Quartal,</li> <li>5. bei Bedarf das Führen von Gesprächen mit relevanten Bezugspersonen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten,</li> <li>6. den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und das Hinwirken auf Termintreue.</li> </ol>	<p>Die Koordinationsaufgaben der Bezugärztin oder des Bezugsarztes <b>[KBV: oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten]</b> nach § 6 umfassen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern</li> <li>2. die Überprüfung der Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans,</li> <li>3. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten,</li> <li>4. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,</li> <li>5. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich,</li> <li>6. den wöchentlichen telefonischen oder</li> </ol>	<p>Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die koordinierende nichtärztliche Person gemäß §§ 6 und 10 Absatz 3 umfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Regelmäßiger Informationsaustausch mit dem oder der für die Aufstellung des Gesamtbehandlungsplans verantwortlicher Bezugärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut,</li> <li>2. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes,</li> <li>3. die Sicherstellung der Kommunikation und Vernetzung der auf Basis des Gesamtbehandlungsplans an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer untereinander und mit dem Patienten oder der Patientin,</li> <li>4. Organisation des Informationsaustausches aller an der Behandlung beteiligter Leistungserbringerinnen</li> </ol>

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
	<p>persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten, sofern erforderlich Motivation und das Hinwirken auf Termintreue.</p>	<p>und Leistungserbringer durch regelmäßige Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 1 Nr. 9,</p> <p>5. Kontakte mit der Patientin oder dem Patienten mindestens dreimal im Quartal, auf Wunsch oder mit Einverständnis des Patienten auch in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld,</p> <p>6. bei Bedarf das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten,</p> <p>7. bei Bedarf Kontaktaufnahme und Austausch mit Einrichtungen nach § 4 Absatz 6 zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.</p>

## § 12 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene unter Verantwortung der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Kranker Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen. **[GKV-SV:** Dabei ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau mittels des Instrumentes nach § 2 Absatz 3 zu erheben.]

(2) **[GKV-SV/PatV:** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor,]

**[KBV/DKG:** Nimmt ein Krankenhaus **[DKG:** gemäß § 3 Absatz 2] an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil und liegen ihm Informationen vor],

**Alle:** dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt **[KBV/PatV:** oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten] **[KBV:** oder an ein anderes vom Netzverbund ausgewähltes Netzmitglied]. **[GKV-SV/PatV:** Die koordinierende Person nach **[GKV-SV:** § 6] **[PatV:** § 10 Absatz 3] wird über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.]

(3) **[GKV-SV:** Wird im Rahmen der Entlassungsdiagnostik und des Aufstellens des Entlassplans nach Absatz 1 ein Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie festgestellt,] **[KBV/DKG/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 **[GKV-SV drei Tage]** **[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.]

(4) Bei Ablehnung der Vermittlung in einen Netzverbund informiert das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.

(5) Wird im Rahmen der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem Netzverbund gemäß dieser Richtlinie ein teilstationärer, vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt **[PatV:** oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten] zur Verfügung zu stellen.

### § 13 Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung

(1)

<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>KBV/DKG</b>
<p>Zur Überprüfung der Erreichung der Therapieziele sind, abhängig von den individuellen Erfordernissen, regelmäßige Kontrolluntersuchungen des physischen und psychischen Gesundheitszustandes auch unter Berücksichtigung von Komorbiditäten durchzuführen und zu dokumentieren. Die Frequenz der Kontrolluntersuchungen ist dabei abhängig von der jeweiligen Behandlungsphase und der Schwere der Symptomatik.</p>	<p>Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und die Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele sind regelmäßig, mindestens jedoch quartalsweise, durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt <b>[KBV:</b> oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4] vorzunehmen. Sofern erforderlich sind die Therapieziele des Behandlungsplans anzupassen.</p>
<p>(2) Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist ggf. anzupassen.</p>	<p>(2) Sind die Therapieziele erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung Behandlung nach dieser Richtlinie beendet, soll die Patientin oder der Patient in die Regelversorgung <b>[KBV:</b> außerhalb der Richtlinie] überführt werden. Hierzu erstellt die Bezugärztin oder der Bezugsarzt <b>[KBV:</b> oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] einen Überleitungsplan, der die wesentlichen</p>

GKV-SV/PatV	KBV/DKG
	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 in andere Versorgungsformen.
<p>(3) Liegen die Voraussetzungen [GKV-SV: oder eine positive Behandlungsprognose] für einen Verbleib in der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr vor, kann eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr erfolgen. Eine Überleitung in [GKV-SV: eine] [PatV: die] fachärztliche oder psychotherapeutische [GKV-SV: Versorgung, die nicht Teil der Versorgung nach dieser Richtlinie darstellt] [PatV: Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie], ist frühzeitig anzustreben. Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann wieder neu erfolgen, falls die Voraussetzungen zu einem späteren Zeitpunkt wieder [PatV: neu] erfüllt sein sollten; in diesem Fall ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.</p>	<p>(3) 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 Abs. 1, [KBV: Nr. 1 - 5] [DKG: Nr. 1 - 3] aus dem Netzverbund, [KBV: der nicht Teil des Behandlungsteams ist] [DKG: bisher nicht an der Behandlung beteiligt war], durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit [KBV: dem Behandlungsteam] [DKG: den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen] zu bewerten.</p>

## **D. Evaluation**

### **§ 14 Evaluation**

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

## Anlage

GKV-SV	KBV	DKG/PatV
<b>Leistungsmodulare</b>	<b>Leistungsmodulare</b>	<i>[keine Übernahme]</i>
<p><b>(1) Differentialdiagnostische Abklärung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Differentialdiagnostische Abklärung des Krankheitsbildes als Einzelbehandlung</li> <li>• Prüfung der Voraussetzungen nach § 2 zur Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b</li> <li>• Erhebung möglicher somatischer Komorbiditäten und ggf. Veranlassung weiterer, notwendiger somatischer Diagnostik</li> <li>• Auswertung der differentialdiagnostischen Abklärung</li> <li>• Aufstellen des Gesamtbehandlungsplans               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Berücksichtigung der notwendigen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen</li> <li>○ Berücksichtigung der Verordnung von Heilmitteln</li> </ul> </li> <li>• Beratung und Erörterung der Ergebnisse der differenzialdiagnostischen Abklärung und des daraus abgeleiteten Gesamtbehandlungsplanes mit der Patientin oder dem Patienten, ggf. unter Einbeziehung der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters bzw. relevanter Bezugspersonen</li> <li>• Aufstellen eines Kriseninterventionsplans gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten, ggf. unter Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen</li> </ul>	<p><b>(1) Eingangssprechstunde mit Assessment</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Herstellung des zeitnahen Erstkontaktes nach Überweisung / Empfehlung / Entlassung</li> <li>b. einführendes Beratungsgespräch, ggf. zusätzlich mit gesetzlichem Betreuer oder dem Bevollmächtigten oder Angehörigen über die Behandlungsziele und die Versorgungsleistungen</li> <li>c. Anamnese</li> <li>d. Differenzialdiagnostische Abklärung unter Nutzung eines Instruments nach § 2 Absatz 3 durch Bezugsarzt/-therapeut</li> <li>e. Prüfung der Einschlussvoraussetzungen nach § 2</li> <li>f. Erhebung somatischer Komorbiditäten, ggf. bei Komorbidität Austausch mit behandelnden Ärztinnen oder Ärzten</li> <li>g. Kooperatives Assessment mit wechselhaftem Einbezug des voraussichtlichen Behandlungsteams</li> </ol> <p><b>(2) Erstellung oder Anpassung des spezifischen Gesamtbehandlungsplans</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Auswertung der Differenzialdiagnostik (Assessment) und Bewertung der jeweiligen Krankheitssituation für den gesamten Zeitraum der Versorgung</li> <li>b. Berücksichtigung aller ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen</li> <li>c. Definition der Therapieziele in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und Behandlungsteam</li> <li>d. Prüfung und ggf. Berücksichtigung der notwendigen Heilmittelverordnungen</li> <li>e. Prüfung des Einbezugs weiterer Berufsgruppen</li> </ol>	

GKV-SV	KBV	DKG/PatV
<p><b>(2) Patientenindividuelle Fallbesprechungen mit allen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewertung der aktuellen Versorgungssituation zum Zeitpunkt der Fallbesprechung sowie des Verlaufs der bisherigen Behandlung, einschließlich der bisher erreichten Behandlungsziele, der noch vorliegenden psychischen Symptomatik und der ggf. aufgetretenen Veränderungen</li> <li>• Dokumentation der Ergebnisse der Fallbesprechungen</li> <li>• Mindestens einmal im Monat</li> </ul> <p><b>(3) Koordination</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordination der Versorgung gemäß den Vorgaben des Gesamtbehandlungsplans <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sicherstellung der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer</li> <li>○ Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans</li> <li>○ Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten</li> <li>○ Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in seinem häuslichen Umfeld mindestens einmal im Quartal</li> <li>○ Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten bei Bedarf</li> </ul> </li> </ul>	<p>f. Umfassende Information und Aufklärung der Patientin oder des Patienten und sofern gewünscht oder erforderlich seiner Angehörigen über Krankheit, Verlauf und Prognose</p> <p>g. Integration des Krisenplans in den Gesamtbehandlungsplan</p> <p><b>(3) Besondere Gespräche im Einzelsetting im Rahmen der Krankenbehandlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Supportive Gesprächs- und Kontaktangebote im Einzelsetting</li> <li>b) Psychoedukative Einzelgespräche</li> <li>c) Beratungs- und Erörterungsgespräche zu sozialmedizinischen und psychosozialen Problemlagen (z. B. gesetzliche Betreuung, pflegerische Versorgung, berufliche Wiedereingliederung)</li> <li>d) Krisengespräche</li> <li>e) Einzelgespräche mit Angehörigen</li> </ul> <p><b>(4) Besondere Gespräche im Gruppensetting im Rahmen der Krankenbehandlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>f) Supportive Gesprächs- und Kontaktangebote im Gruppensetting</li> <li>g) Psychoedukative Gruppengespräche</li> <li>h) Indikationsbezogene Gruppengespräche mit Störungs- oder Themenbezug (z. B. Skills-Training)</li> <li>i) Gruppengespräche mit Angehörigen (z. B. Dialogforen)</li> </ul> <p><b>(5) Aufsuchende multiprofessionelle Behandlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aufsuchende, multiprofessionelle bio-psycho-soziale Behandlung im Lebensumfeld des Patienten.</li> <li>b. Einbindung anderer Berufsgruppen in die Betreuung und Behandlung des Patienten.</li> <li>c. Besuche in der Häuslichkeit durch Mitglieder des Behandlungsteams</li> </ul>	

GKV-SV	KBV	DKG/PatV
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ wöchentlicher telefonischer oder persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und das Hinwirken auf Termintreue</li> </ul> <p><b>(4) Neubewertung der Versorgungssituation nach § 92 Absatz 6b</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfung der Voraussetzungen nach § 2 zur weiteren Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b</li> <li>• Ggf. Anpassen des Gesamtbehandlungsplans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Maßnahmen zur Stärkung der krankheitsbezogenen Ressourcenförderung</li> <li>e. Maßnahmen zur Förderung krankheitsbezogener sozialer Kontaktfähigkeit</li> <li>f. ggf. Einbezug des sozialen Umfelds</li> </ul> <p><b>(6) Notfall- und Krisenversorgung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Organisation eines adäquaten Notfall- und Krisenmanagements</li> <li>b. Absprache mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, Krisendiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern</li> <li>c. (Vor-)Besprechung mit dem/der Patientin</li> <li>d. (Nach-)Besprechung nach einem Notfall- oder Krisengeschehen mit der Patientin oder dem Patienten</li> <li>e. ggf. telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft)</li> <li>f. Erstellung und Anpassung des Kriseninterventionsplans</li> </ul> <p><b>(7) Fallbesprechung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Patientenindividuelle Fallbesprechungen im Behandlungsteam und mit allen an der Versorgung Beteiligten. Gegenstand sind neben medizinischen Aspekten auch pflegerische, rehabilitative, soziale und sonstige Fragestellungen.</li> <li>b. Dokumentation der Ergebnisse der regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen</li> <li>c. ggf. Einbeziehung zur Weiter-/Mitbehandlung durch die an den Netzverbund überweisenden Ärztinnen oder Ärzte oder Psychotherapeutinnen oder und Psychotherapeuten</li> <li>d. fachlicher Austausch zu Komorbiditäten</li> <li>e. Auswertung des Assessments z.B. nach § 13 Absatz 3 mit Behandlungsteam</li> </ul> <p><b>(8) Überleitungsmanagement</b></p>	



GKV-SV	KBV	DKG/PatV
	<p>a. Erörterung des Übergangs aus der Behandlung nach dieser Richtlinie in eine Folgebehandlung mit der Patientin oder dem Patienten.</p> <p>b. ggf. Koordination einer Folgebehandlung,</p> <p>c. Zusammenstellen relevanter Informationen aus der Versorgung nach dieser Richtlinie</p> <p>d. Verfassen eines Kurzberichts für den Weiterbehandelnden</p> <p>e. ggf. Abstimmung bei stationärer Einweisung oder Entlassung</p> <p><b>(9) Reassessment nach § 13 Abs. 3</b></p> <p><b>(10)</b></p> <p>a. Vorbereitung d der Patientin oder des Patienten,</p> <p>b. Zusammenstellen notwendiger Befunde,</p> <p>c. Austausch mit dem zuständigen Netzmitglied,</p> <p>d. Austausch wesentlicher Befunde</p> <p>e. Auswertung und Bewertung der Ergebnisse des Reassessment</p> <p>f. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans</p> <p><b>(11) Koordination durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugstherapeutin oder den Bezugstherapeuten</b></p> <p>a. Zentraler Ansprechpartner und Koordinator</p> <p>b. Bereitstellung des Behandlungsteams nach § 5 Abs. 3</p> <p>c. Zusammenstellung des Behandlungsteams</p> <p>d. Koordination der Differentialdiagnostik durch das Behandlungsteam</p> <p>e. Koordination der Versorgung nach dem Gesamtbehandlungsplan</p> <p>i. die Förderung der Vernetzung im Behandlungsteam</p> <p>ii. die Überprüfung der Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans</p>	

GKV-SV	KBV	DKG/PatV
	<ul style="list-style-type: none"> <li>iii. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern</li> <li>iv. das Aufsuchen im häuslichen Umfeld</li> <li>v. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld sowie die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen, sofern erforderlich</li> <li>vi. Motivation und das Hinwirken auf Termintreue durch wöchentlichen telefonischen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten</li> <li>f. Überprüfung des Behandlungsfortschritts ggf. in Abstimmung mit dem Behandlungsteam nach</li> <li>g. Begleitung und Verantwortung der Delegation</li> <li>h. Prüfung des Erfordernisses weitere Hilfen für Kinder oder An- und Zugehörige</li> <li>i. Überleitung in die Regelversorgung außerhalb der Richtlinie nach Erreichen der Therapieziele</li> </ul> <p><b>(12) Koordination und Management im Netzverbund</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gewährleistung der Anforderungen an den Netzverbund</li> <li>b. Koordination der gruppentherapeutischen Angebote</li> <li>c. Versorgungsabklärung</li> <li>d. Gewährleistung des Behandlungsteams</li> <li>e. Dokumentation und Umsetzung der Qualitätssicherung</li> <li>f. Informationsbereitstellung zu spezifischen bundesweiten oder regionalen Hilfs- und Entlastungsangeboten (z. B. Pflegedienste, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen)</li> <li>g. Koordination der Zusammenarbeit mit gemeindepsychiatrischen Verbänden“</li> </ul>	

II. Die Erstfassung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**B-5 Tragende Gründe, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden**

## **Tragende Gründe**



**zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung einer Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

**(Kurzbezeichnung/Abkürzung)**

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage .....</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>3</b>
2.1	Zu Abschnitt A – Allgemeines .....	5
2.1.1	§ 1 Zweck und Versorgungsziele .....	5
2.1.2	§ 2 Definition der Patientengruppe.....	15
2.1.3	§ 3 Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer .....	22
2.2	Zu Abschnitt B – Ausgestaltung des Netzverbundes.....	29
2.2.1	§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes .....	29
2.2.2	§ 5 Bezugärztin oder Bezugsarzt [KBV/PatV: und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut] [KBV: und Behandlungsteam].....	42
2.2.3	§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten .....	48
2.2.4	§ 7 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes.....	52
2.3	Zu Abschnitt C – Patientenversorgung.....	61
2.3.1	§ 8 Zugang .....	61
2.3.2	§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung .....	65
2.3.3	§ 10 Gesamtbehandlungsplan .....	68
2.3.4	§ 11 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund.....	72
2.3.5	§ 12 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs .....	75
2.3.6	§ 13 Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung.....	78
2.4	Zu Abschnitt D – Evaluation.....	81
2.4.1	§ 14 Evaluation.....	81
2.5	Zu Anlage 1 .....	81
<b>3.</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen.....</b>	<b>82</b>
<b>4.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung.....</b>	<b>82</b>
<b>5.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>82</b>
<b>6.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>83</b>

## 1. Rechtsgrundlage

**Alle:** Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019, welches am 01. September 2020 in Kraft getreten ist (BGBl I, S. 1604), wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem damit beauftragt, bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Absatz 6b SGB V zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.

Der G-BA soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, die eine Anpassung seiner Richtlinien erfordern (siehe 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

**KBV:** GKV-Versicherten mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen steht ein breites, durch unterschiedliche Hilfesysteme erbrachtes Leistungsspektrum zur Verfügung. Leistungen umfassen dabei die medizinische einschließlich der psychopharmakotherapeutischen und psychotherapeutischen und pflegerischen Behandlung nach SGB V genauso wie Maßnahmen der Rehabilitation nach SGB IX in Ergänzung zu Angeboten der kommunalen Daseinsvorsorge und psychosozialer Hilfe. Ziel ist dabei die primäre Ausrichtung der Versorgung an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten. Dieser personenzentrierte Ansatz erfordert die enge Vernetzung und Absprache aller an der Versorgung beteiligten Ärzte, Pflegenden, Gesundheitsfachberufe wie Ergotherapeuten oder Soziotherapeuten sowie der entsprechenden Einrichtungen wie Praxen und Krankenhäusern. Auch nach Jahren des kontinuierlichen Ausbaus der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird immer noch festgestellt, dass Versorgungsangebote nur bedingt aufeinander abgestimmt und lokale Faktoren, die jedoch nicht überall anzutreffen sind, Voraussetzung für eine gelingende Behandlungsplanung und -koordination sind.

Der Gesetzgeber hat deshalb den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, in einer Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu definieren.

**Alle:** In der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem gesetzlichen Auftrag<sup>1</sup>, Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu schaffen, wird ausgeführt: „Der vorgesehene Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung psychisch Kranker wird dahingehend konkretisiert, dass er sich insbesondere auf die Versorgung

---

<sup>1</sup> Vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85.

*schwer psychisch kranker Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bezieht. Um klarzustellen, dass sich der Regelungsauftrag nicht allein auf die psychotherapeutische Versorgung bezieht, sondern in die Koordinierung der Versorgung insbesondere auch die psychiatrische Versorgung und weitere gegebenenfalls erforderliche Versorgungsbereiche einzubeziehen sind, sind die Regelungen des G-BA in einer neuen eigenständigen Richtlinie zu treffen. Der Regelungsauftrag wird daher in einen neuen Absatz 6b verschoben. In Anlehnung an die für die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA in Absatz 6a Satz 1 vorgesehene Klarstellung, wonach der G-BA Regelungen treffen kann, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren, wird für den neuen Regelungsauftrag nach Absatz 6b vorgesehen, dass der G-BA hierbei Regelungen treffen kann, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Darüber hinaus hat der G-BA für diese Patientengruppe auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“<sup>2</sup>. Aus der Begründung des Gesetzentwurfs, die mit einem Änderungsantrag des Ausschusses für Gesundheit konkretisiert wurde, ergibt sich darüber hinaus: „Für eine berufsgruppenübergreifende Kooperation sollen Psychotherapeuten insbesondere mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zusammenarbeiten. Daneben können weitere Berufsgruppen, wie beispielsweise Soziotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegekräfte, in die koordinierte und strukturierte Versorgung einbezogen werden. Durch diese Versorgung sollen Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt erleichtert werden. Einzubeziehen sind somit auch die psychiatrischen Institutsambulanzen sowie eine Vernetzung zur stationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d. Der G-BA kann leitliniengerechte Versorgungspfade festlegen, an denen sich die Leistungserbringer für eine strukturierte Versorgung orientieren. Durch abgestimmte Prozesse soll eine erhöhte Versorgungseffizienz erreicht werden. Zur Flexibilisierung des Versorgungsangebots sind hierbei auch niedrigschwellige Versorgungsangebote und erweiterte Gruppenangebote einzubeziehen...“<sup>3</sup>*

Aus den hier dargelegten Ausführungen ist ersichtlich, dass es sich bei der Versorgung von schwer psychisch Kranken nach dieser Richtlinie um eine spezielle Versorgungsform handelt. Sofern im Rahmen dieser Richtlinie über Leistungsinhalte aus anderen Richtlinien des G-BA hinausgegangen wird und unter Umständen sogar eine unmittelbare Friktion von Normen zu anderen Richtlinien offenbar wird, wird hiermit klargestellt, dass es sich bei dieser Richtlinie um einen Sonderbereich handelt, dessen Grenzen jedenfalls nicht die Regelungen in anderen Richtlinien des G-BA bilden und deren grundsätzliche Geltung unberührt bleibt.

---

<sup>2</sup> Vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85 (Beschlussempfehlung und Bericht).

<sup>3</sup> Vgl. BT-Drs. 19/9770, S. 65 (Gesetzentwurf).

## 2.1 Zu Abschnitt A – Allgemeines

### 2.1.1 § 1 Zweck und Versorgungsziele

**Alle:** [GKV-SV/PatV: Schwere] [KBV/DKG: Insbesondere schwere] psychische Erkrankungen gehen mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen einher. Auf Grund dieser Einschränkungen und bei Vorliegen von schwer ausgeprägten psychopathologischen Symptomen besteht ein komplexer Behandlungsbedarf, der oft mit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer [KBV: , einschließlich psychotherapeutischer, psychiatrischer und psychosomatischer Hilfen] und psychosozialer Hilfen verbunden ist.

**GKV-SV:** Gleichzeitig hat dieser Personenkreis oftmals große Schwierigkeiten, die für sie erforderlichen Versorgungsmaßnahmen zu erreichen; es bleibt vielfältigen Umständen überlassen, ob sie ein geeignetes Versorgungsangebot finden und die Möglichkeit erhalten ihren Versorgungsbedarf zeitnah zu realisieren. Für den Krankheitsverlauf kann das deutliche negative Auswirkungen, wie längere Krankheitsepisoden, schlechtere Behandlungsergebnisse oder vermeidbare Rückfälle, haben.

In Deutschland existiert ein sehr gutes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen, das jedoch durch die Vielzahl und Vielfalt unterschiedlicher Leistungserbringenden und Leistungserbringer nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die daran Beteiligten kaum noch zu überschauen ist. Ein strukturiertes und koordiniertes Versorgungssystem kann hingegen Wartezeiten reduzieren und einen verbesserten Zugang zu den erforderlichen Behandlungsangeboten ermöglichen.

Im Mittelpunkt der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V steht daher ein berufsgruppen- und sektorenübergreifender Netzverbund, der einer besseren Vernetzung und Verzahnung der Behandlungsangebote für die Patientinnen und Patienten dienen soll. Mit der Festlegung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes, die oder der die Verantwortung für das Ineinandergreifen der verschiedenen Versorgungsangebote entsprechend des Gesamtbehandlungsplans trägt, und einer nichtärztlichen Koordinatorin oder eines nichtärztlichen Koordinators, die oder der die Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen unterstützt, wird die persönliche Kontinuität über das Behandlungssetting hinweg gewährleistet. Die beschriebene Situation findet Eingang in die Absätze 1 und 2, in denen die Definition von Zielen und Unterzielen getroffen wird, und in Absatz 3 mit Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen sollen

**KBV:** Gleichzeitig haben diese Patientinnen und Patienten oftmals große Schwierigkeiten, die für sie erforderlichen Versorgungsmaßnahmen zu erreichen.

Für den Krankheitsverlauf kann das deutliche negative Auswirkungen, wie längere Krankheitsepisoden, schlechtere Behandlungsergebnisse oder vermeidbare Rückfälle haben.

In Deutschland existiert ein sehr gutes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen, das jedoch durch die Vielzahl und Vielfalt unterschiedlicher Leistungserbringenden und Leistungserbringer nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die daran Beteiligten kaum noch zu überschauen ist. Ein strukturiertes und koordiniertes Versorgungssystem kann hingegen Wartezeiten reduzieren und einen verbesserten Zugang zu den erforderlichen Behandlungsangeboten ermöglichen.

Im Mittelpunkt der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V steht daher ein berufsgruppenübergreifender Netzverbund, aus dem heraus patientenindividuelle Behandlungsteams gebildet werden, was einer besseren Vernetzung und Verzahnung der Behandlungsangebote für die Patientinnen und Patienten dienen soll.



Mit der Festlegung einer patientenindividuellen Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten, die oder der die Verantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess trägt, wird die persönliche Kontinuität über das Behandlungssetting hinweg gewährleistet. Bezugssärztinnen und -psychotherapeutinnen bzw. Bezugssärzte und -psychotherapeuten können dabei unter Beibehaltung der Gesamtverantwortung Koordinationsaufgaben an andere Gesundheitsberufe delegieren.

Die beschriebene Situation findet Eingang in die Absätze 1 und 2, in denen die Definition von Zielen und Unterzielen getroffen wird, und in Absatz 3 mit Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen sollen.

Wesentlicher Bestandteil des Versorgungsansatzes ist die Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Bezugssärztinnen und -psychotherapeutinnen bzw. Bezugssärzte und -psychotherapeuten in regionalen Netzverbände. Diese Netzverbände werden von Vertragsärztinnen und -psychotherapeutinnen bzw. Vertragsärzten und -psychotherapeuten gebildet. Die Bezugssärztin oder Bezugssärzte bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugstherapeut stellen patientenindividuelle Behandlungsteams für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zusammen. Die Netzverbände kooperieren eng mit Krankenhäusern und ihren Einrichtungen, anderen Gesundheitsberufen sowie weiteren Einrichtungen, Trägern und Organisationen der (psychosozialen) Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seelischen Erkrankungen. Dabei sollen keine Versorgungsstrukturen gedoppelt werden: im Sinne eines stufenweisen Aufbaus der Versorgung übernehmen beteiligte Gesundheitsberufe und Strukturen die Versorgungsverantwortung immer dann, wenn die Fallschwere diese erfordert. So übernimmt beispielsweise die Psychiatrische Institutsambulanz im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten dann die Versorgung, wenn eine erforderliche Begleitung und Behandlung nicht durch den vertragsärztlichen Netzverbund möglich ist. Damit ergeben sich klare Abgrenzungen der Zuständigkeiten und der Finanzierung der Leistungen nach § 92 Absatz 6b SGB V und führen nicht zur Redundanz von Strukturen.

Mit der verbindlichen Vernetzung von Vertragsärztinnen und -psychotherapeutinnen bzw. Vertragsärzten und -psychotherapeuten schließt die Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V somit eine Versorgungslücke und vervollständigt die bestehende Behandlungskette aus haus- und fachärztlicher bzw. psychotherapeutischer Versorgung, psychiatrischen Institutsambulanzen und schließlich (teil-)stationärer Versorgung. Die Komplexversorgung tritt somit explizit nicht an die Stelle bestehender Versorgungsangebote wie das der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Diese werden weiterhin insbesondere dann subsidiär tätig, wenn die Therapieziele mit den Mitteln der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V nicht erreicht werden können oder aber die zur Verfügung stehenden Ressourcen des Netzverbundes nicht ausreichen.

**DKG:** Gleichzeitig haben diese Patientinnen und Patienten oftmals große Schwierigkeiten, die für sie erforderlichen Versorgungsmaßnahmen zu erreichen. Für den Krankheitsverlauf kann das deutliche negative Auswirkungen, wie längere Krankheitsepisoden, schlechtere Behandlungsergebnisse oder vermeidbare Rückfälle, haben.

In Deutschland existiert ein sehr gutes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen, das jedoch durch die Vielzahl und Vielfalt unterschiedlicher Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die daran Beteiligten kaum noch zu überschauen ist. Ein strukturiertes und koordiniertes Versorgungssystem kann hingegen Wartezeiten reduzieren und einen verbesserten Zugang zu den erforderlichen Behandlungsangeboten ermöglichen.

Im Mittelpunkt der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V steht daher ein berufsgruppenübergreifender Netzverbund, der einer besseren Vernetzung und Verzahnung der Behandlungsangebote für die Patientinnen und Patienten dienen soll.

Mit der Festlegung einer Bezugssärztin oder eines Bezugsarztes, der die Verantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess sowie die Koordinierung zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme der erforderlichen Behandlungsleistungen trägt, wird die persönliche Kontinuität über das Behandlungssetting hinweg gewährleistet.

Die beschriebene Situation findet Eingang in die Absätze 1 und 2, in denen die Definition von Zielen und Unterzielen getroffen wird, und in Absatz 3 mit Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen sollen.

Netzverbände schließen somit eine Versorgungslücke und vervollständigen die bestehende Behandlungskette aus haus- und fachärztlicher Versorgung, psychiatrischen Institutsambulanzen und schließlich (teil-)stationärer Versorgung. Die Komplexversorgung tritt somit explizit nicht an die Stelle bestehender Versorgungsangebote wie das der Psychiatrischen Institutsambulanzen.

**PatV:** Die Richtlinie konstituiert zur Umsetzung des Auftrags des Gesetzgebers vertraglich vereinbarte Netzverbände. Diese Netzverbände bilden sich auf freiwilliger Grundlage. Sie müssen auf der einen Seite Mindeststandards für die Versorgung erfüllen, auf der anderen Seite sind aber Spielräume erforderlich, die offen lassen, in welcher Weise konkret die Netzverbände die Mindeststandards im Detail ausgestalten wollen. Damit wird die notwendige Grundlage dafür geschaffen, dass in möglichst vielen Regionen Deutschlands die vom Gesetzgeber vorgesehene Versorgung möglich wird. Es wird vorausgesetzt, dass alle für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung des adressierten Personenkreises erforderlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer koordiniert und strukturiert zusammenarbeiten. In besonderer Weise zeigt sich dies in den Vorgaben, welche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mindestens erforderlich sind, um einen Netzverbund nach dieser Richtlinie zu bilden. Dazu gehören die in der ambulanten Versorgung tätigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Berufsgruppen ebenso wie Krankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, insbesondere mit Psychiatrischen bzw. Psychosomatischen Institutsambulanzen. Netzverbände nach dieser Richtlinie müssen eine gewisse Mindestgröße aufweisen, um dem Anspruch der Versicherten auf Versorgung nach dieser Richtlinie gerecht werden zu können; zugleich dürfen die Vorgaben nicht zu anspruchsvoll sein, um auch in Regionen mit weniger guter Versorgungsstruktur die Bildung von Netzverbänden möglich zu machen.

Den besonderen Schwerpunkt der Richtlinie bilden die Vorgaben zur patientenbezogenen Koordination der Leistungen im Einzelfall im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. Dazu werden die Aufgaben der Koordination beschrieben, aus welchen sich die Anforderungen an die koordinierende Bezugsperson begründen. Die Richtlinie geht davon aus, dass es sich bei dieser koordinierenden Bezugsperson nach Möglichkeit um eine Person handelt, die an der Behandlung ohnehin unmittelbar beteiligt und damit der Patientin oder dem Patienten vertraut ist. Damit wird die erforderliche Grundlage für den Aufbau einer auf Vertrauen gegründeten Beziehung geschaffen.

Um eine koordinierte und strukturierte Zusammenarbeit auch von beschäftigten Personen in Praxen, Institutsambulanzen, Krankenhäusern oder sonstigen beteiligten Einrichtungen möglich zu machen, müssen Vereinbarungen innerhalb des Netzverbundes getroffen werden. Für die dazu erforderliche Administration eines so gestalteten Netzverbundes werden ebenfalls die Voraussetzungen geschaffen.

Von wesentlicher Bedeutung ist die Schaffung des Zugangs zu dieser Versorgung. Da Menschen mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf oft auch in vielen anderen Lebensbereichen der Versorgung und Unterstützung bedürfen, müssen auch Einrichtungen außerhalb des Behandlungssystems nach dem SGB V den Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie möglich machen können. Dazu definiert die Richtlinie die „Empfehlung“ als möglichen Zugangsweg in die Versorgung mit der Rechtsfolge, dass der Netzverbund innerhalb einer kurzen Frist den Zugang zur Versorgung sicherstellen muss.

Für die tatsächliche Versorgung sind auch Vorgaben vorgesehen zur Anbahnung von Kooperationsbeziehungen zu Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aus den Bereichen der Rehabilitation, Teilhabe oder kommunalen Daseinsvorsorge, die relevant sind für die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die zur Zielgruppe der Richtlinie gehören.

Die Versorgung in Krisensituationen, die für die adressierte Zielgruppe von besonderer Bedeutung sind, wird in der Richtlinie in einer Weise definiert, die eine Einbindung der wesentlichen Einrichtungen und Akteure in der Versorgung erforderlich macht. Insbesondere der Einbeziehung der Krankenhäuser mit einer psychiatrischen oder psychosomatischen Institutsambulanz kommt hier eine besondere Bedeutung zu.

Zur Sicherstellung der koordinierten Versorgung sind auch die Kommunikationsstrukturen zwischen den an der Behandlung im Einzelfall Beteiligten zu regeln. Die Richtlinie schafft die Vorgaben für eine vernetzte Kommunikation und Dokumentation, stets mit der informierten Zustimmung der Patientinnen und Patienten.

#### Absatz 1

**Alle:** In Absatz 1 wird der Gegenstand der Richtlinie vorgegeben. Die Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

**GKV-SV:** Zu diesem Zweck wird die Richtlinie in vier Abschnitte unterteilt: Abschnitt A umfasst neben dem Zweck und den Versorgungszielen auch eine Definition der Patientengruppe (§ 2) und die Auflistung der teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (§ 3). Abschnitt B beschreibt die Ausgestaltung des Netzverbundes durch Vorgaben zur Zusammensetzung des Netzverbundes (§ 4), die Definition der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes (§ 5) und der zuständigen Berufsgruppen für die Koordination der Patientinnen und Patienten (§ 6) sowie Festlegungen zu Aufgaben und Organisation des Netzverbundes (§ 7). Abschnitt C stellt die Patientenversorgung in den Mittelpunkt und konkretisiert den Zugang (§ 8), die Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung (§ 9). Darüber hinaus werden Regelungen zum Gesamtbehandlungsplan (§ 10), zur Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund (§ 11), zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 12) sowie zur Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung (§ 13) getroffen. In Abschnitt D erfolgen Vorgaben zur Evaluation (§ 14).

**KBV:** Dies schließt psychosomatischen Behandlungsbedarf mit ein, der für einen beträchtlichen Teil der insbesondere schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten besteht. Für die Ausgestaltung der Versorgung wird eine Definition der Patientengruppe (§ 2), eine

Auflistung der teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (§ 3), die Zusammensetzung des Netzverbundes (§ 4), die Festlegung einer Bezugsärztin oder Bezugspsychotherapeutin bzw. eines Bezugsarztes oder Bezugspsychotherapeuten und Bildung eines patientenindividuellen Behandlungsteams (§ 5), die Definition des Zugangs (§ 8) sowie Vorgaben zur Diagnostik und Behandlung (§ 9), Regelungen zu Kooperation, Kommunikation Koordination (§§ 6, 7, 11) und die Beschreibung des Gesamtbehandlungsplans nach (§ 10) vorgenommen. Darüber hinaus erfolgen Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 12) und zur Verlaufskontrolle und Prüfung des individuellen Versorgungsbedarfs (§ 13).

**DKG:** Zu diesem Zweck wird die Richtlinie in vier Abschnitte unterteilt: Abschnitt A umfasst neben dem Zweck und den Versorgungszielen eine Definition der Patientengruppe (§ 2) und die Auflistung der teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (§ 3). Abschnitt B beschreibt die Zusammensetzung des Netzverbundes (§ 4), die Rolle der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes (§ 5), die Durchführung der Koordination der Patientinnen und Patienten (§ 6) sowie Festlegungen zu Aufgaben und Organisation des Netzverbundes (§ 7). Abschnitt C stellt die Patientenversorgung in den Mittelpunkt und konkretisiert den Zugang (§ 8), die Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung (§ 9). Darüber hinaus werden Regelungen zum Gesamtbehandlungsplan (§ 10), zur Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund (§ 11), zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 12) und zur Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung (§ 13) getroffen. In Abschnitt D erfolgen Vorgaben zur Evaluation (§ 14).

## Absatz 2

**Alle:** In Absatz 2 wird die Verbesserung der Versorgung insbesondere für schwer psychisch Kranke als Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie festgelegt. Zudem werden Unterziele formuliert, die die Verbesserung der Versorgung konkretisieren [**GKV-SV:** sollen].

**DKG:** Zusätzlich wird klargestellt, dass es sich dabei um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf handelt. Somit sind auch immer psychosomatische Behandlungsbedarfe mit umfasst, auch wenn sie nicht explizit benannt werden.

## Zu 1.

**GKV-SV:** Schwer psychisch kranke Menschen werden durch das bestehende Versorgungssystem häufig unvollständig oder überhaupt nicht erreicht, da ihre psychische Verfassung das Bestreben zur Heilung hemmt. Als Unterziel wird daher ein niedrigschwelliger Zugang dieser Patientengruppe zur Versorgung formuliert.

**KBV:** Insbesondere schwer psychisch kranke Menschen werden durch das bestehende Versorgungssystem häufig unvollständig oder selten auch überhaupt nicht erreicht, da sie auf Grund ihrer psychischen Verfassung nicht in der Lage sind, ein geeignetes Versorgungsangebot in Anspruch zu nehmen. Als Unterziel wird daher ein niedrigschwelliger Zugang dieser Patientengruppe zur Versorgung formuliert. Dies soll durch leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstrukturen erreicht werden.

**DKG:** Schwer psychisch kranke Menschen werden durch das bestehende Versorgungssystem häufig unvollständig oder überhaupt nicht erreicht. Als Unterziel wird daher ein nied-

rigschwelliger Zugang dieser Patientengruppe zur Versorgung formuliert. Eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur soll u. a. erreicht werden durch niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten, einen Einbezug des sozialen Umfeldes, welches sich häufig wohnortnah befindet, und durch Kooperationsvereinbarungen mit psychiatrischen Kliniken, die einen Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung haben.

**PatV:** Schwer psychisch kranke Menschen werden durch das bestehende Versorgungssystem häufig unvollständig oder überhaupt nicht erreicht, da ihre psychische Verfassung das Bestreben zur Heilung hemmt. Als Unterziel wird daher ein niedrigschwelliger und wohnortnaher Zugang dieser Patientengruppe zur Versorgung formuliert. Dieses Ziel soll insbesondere durch die Bildung regionaler Netzwerkverbände erreicht werden.

#### Zu 2.

**Alle:** Ein wichtiges Ziel der Versorgung ist eine zeitnahe Diagnostik und eine sich bei Bedarf unmittelbar anschließende Behandlung [**DKG:** im Vergleich zu bestehenden Versorgungsformen].

#### Zu 3.

**GKV-SV:** Als drittes Unterziel wird die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V angestrebt. Die ambulante Behandlung führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und sich auch im Verlauf der Behandlung in ihren Lebenswelten erproben können.

**KBV:** Die ambulante Behandlung führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten nicht aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen werden und sich auch im Verlauf der Behandlung in ihren Lebenswelten erproben können. Aus diesem Grund wird eine Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V angestrebt.

**DKG:** Die ambulante Behandlung führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und sich auch im Verlauf der Behandlung in ihren Lebenswelten erproben können. Aus diesem Grund wird eine Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V angestrebt.

**PatV:** *keine Übernahme von Nr. 3: Nach Auffassung der PatV soll die Versorgung nach dieser Richtlinie auch gewährleisten können, dass eine nach § 39 SGB V erforderliche Krankenhausbehandlung rechtzeitig erkannt und eingeleitet wird.*

#### Absatz 3

**Alle:** In Absatz 3 werden die Maßnahmen benannt, die der Erreichung des in Absatz 2 definierten Ziels bzw. der Unterziele dienen sollen.

#### Zu 1.

**GKV-SV/PatV:** Die Verbesserung des Zugangs ist für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Maßnahme. Gerade diejenigen, die bisher noch nicht wegen ihrer psychischen Erkrankung behandelt wurden, erleben häufig die Hürde, die

geeignete Behandlungsmöglichkeit zu identifizieren, auf Grund der fehlenden Strukturierung des Versorgungsangebots als schwer überwindbar. Hier besteht Handlungsbedarf, zum einen bei denjenigen, die in der vertragsärztlichen Versorgung Hilfe gesucht haben, und zum anderen denjenigen, die aus der stationären Versorgung kommen, einen unmittelbaren Anschluss in die ambulante Behandlung zu ermöglichen.

**KBV:** Die Verbesserung des Zugangs ist für Patientinnen und Patienten mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Maßnahme.

Gerade Patientinnen und Patienten mit Ersterkrankungen erleben häufig die Hürde, die geeignete Behandlungsmöglichkeit zu identifizieren, auf Grund der fehlenden Strukturierung und Unübersichtlichkeit des Versorgungsangebots als schwer überwindbar. Hier besteht Handlungsbedarf, den Zugang in eine bedarfsgerechte berufsgruppenübergreifende Behandlung zu ermöglichen.

**DKG:** Die Verbesserung des Zugangs ist für Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Maßnahme. Gerade Patientinnen und Patienten mit Ersterkrankungen erleben häufig die mangelnde Strukturierung und Unübersichtlichkeit des Versorgungsangebots als Hürde für die Identifikation der geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Hier besteht Handlungsbedarf, den Zugang in eine bedarfsgerechte, berufsgruppenübergreifende ambulante Behandlung zu ermöglichen.

## Zu 2.

**GKV-SV:** Der Abklärung der jeweils vorliegenden psychischen Störung im Rahmen einer umfassenden Diagnostik und Feststellung des individuellen Behandlungs- und Versorgungsbedarfs kommt im Rahmen der Versorgung schwer psychisch Kranker eine besondere Bedeutung zu, um zeitnah und bedarfsgerecht die notwendigen Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können – auch um wiederholte Behandlungen ohne nachhaltigen Erfolg oder Fehl- bzw. Unterversorgung zu minimieren.

**KBV:** Eine qualifizierte, umfangreiche und koordinierte Diagnostik und Differentialdiagnostik gegebenenfalls unter Beteiligung unterschiedlicher ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Professionen ist Entscheidungsgrundlage für die weitere Behandlungsplanung. Gerade der in den folgenden Paragraphen vorgeschlagene dezentrale Netzansatz fördert die wohnortnahe Versorgung.

**DKG:** Einer zeitnahen Diagnostik fällt im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker eine wichtige Funktion zu, da insbesondere auf dieser Basis eine sich ggf. daran anschließende Behandlung zügig festgelegt und eingeleitet werden kann.

**PatV:** Der Diagnostik fällt im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker eine wichtige Funktion zu, da die häufig als unspezifisch und unklar erlebten Gemütszustände einen Namen erhalten. Für den Prozess der Bearbeitung ist dies von weitreichender Bedeutung; entsprechend ist eine zeitnahe Diagnostik und eine sich ggf. daran anschließende Behandlung sinnvoll.

## Zu 3.

**GKV-SV:** Leitlinien sind ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Versorgung, die der Sicherung der Qualität der Behandlung und zugleich der Fehlerprävention dienen. Eine qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung wird daher als weitere Maßnahme zur Erreichung der Ziele dieser Richtlinie festgelegt.

**KBV/PatV:** Leitlinien sind ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Versorgung; sie dienen der Sicherung der Qualität der Behandlung und zugleich der Fehlerprävention; als weitere Maßnahme wird daher die qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung definiert.

**DKG:** Leitlinien sind ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Versorgung. Sie dienen der Sicherung der Qualität der Behandlung und zugleich der Fehlerprävention. Somit wird eine qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung als weitere Maßnahme zur Erreichung der Ziele dieser Richtlinie festgelegt.

#### Zu 4.

**GKV-SV:** Als weitere Maßnahme wird die Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt vorgegeben.

Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab. Auf Grund der eingeschränkten Steuerungsmöglichkeiten entsprechend des § 73 Absatz 2 SGB V, beispielsweise in der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und des fehlenden einheitlichen Kompetenzniveaus in der Psychopharmakologie, ist die Übernahme der Behandlungsleitung durch Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nicht vorgesehen.

**KBV:** Als weitere Maßnahme wird die Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder Bezugspsychotherapeutin bzw. durch einen Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten vorgegeben.

**DKG:** Als weitere Maßnahme wird die Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt vorgegeben. Diese Vorgabe soll sowohl der Strukturierung als auch der Kontinuität der Behandlung dienen.

**PatV:** Als weitere Maßnahme wird die Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugsarzt/Bezugspsychotherapeut vorgegeben.

Diese Bezugsbehandlerin bzw. dieser Bezugsbehandler stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab. 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. Die Behandlungsleitung wird in der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V durch eine nichtärztliche koordinierende Bezugsperson unterstützt, welche einerseits der Patientin oder dem Patienten niedrigschwellig als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zur Verfügung steht und andererseits auch auf die Patientin oder den Patienten zugeht und sie oder ihn zu der Wahrnehmung der Behandlung motiviert.

#### Zu 5.

**GKV-SV/PatV:** Die ärztliche Behandlungsleitung wird in der Versorgung nach dieser Richtlinie durch eine nichtärztliche koordinierende Person unterstützt, die einerseits der Patientin oder dem Patienten niedrigschwellig als zentrale Ansprechpartnerin oder zentraler Ansprechpartner zur Verfügung steht und andererseits auch auf die Patientin oder den Patienten zugeht und sie oder ihn zur Wahrnehmung der Behandlung motiviert. Gleichzeitig stellt die Koordinatorin

oder der Koordinator die Vernetzung und den Informationsaustausch zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sicher.

**KBV:** Die Versorgung von insbesondere schwer psychisch kranken Menschen erfordert die Koordination der unterschiedlichen an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Diese zentrale Koordinationsaufgabe wird vom Netzverbund übernommen.

**DKG:** Als weitere Maßnahme zur Erreichung der Ziele dieser Richtlinie wird die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund verankert. Zum einen soll dadurch ein verbindlicher Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten vorgesehen werden, zum anderen soll somit die Vernetzung und der Informationsaustausch zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sichergestellt werden.

#### Zu 6.

**Alle:** An der Versorgung **[KBV/DKG: insbesondere]** schwer psychisch kranker Menschen sind im Regelfall mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Ein abgestimmter, für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlicher Gesamtbehandlungsplan soll daher die verbesserte Koordination der Versorgung für die Patientinnen und Patienten fördern.

#### Zu 7.

**GKV-SV:** Regelungen, die den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung und umgekehrt verbessern, können Rückfälle und dadurch bedingte Wiedereinweisungen vermeiden und führen damit unmittelbar zu einer Verbesserung der Versorgung schwer psychisch Kranker.

**KBV/DKG/PatV:** Regelungen, die den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung und umgekehrt verbessern, können Rückfälle und dadurch bedingte Wiedereinweisungen **[PatV: einschließlich unfreiwilliger Krankenhauseinweisungen]** vermeiden und führen damit unmittelbar zu einer Verbesserung der Versorgung schwer psychisch Kranker.

#### Zu 8.

**GKV-SV:** Von schweren psychischen Erkrankungen ist das soziale Umfeld oftmals mitbetroffen, daher ist der Einbezug des sozialen Umfeldes von Beginn der Behandlung an notwendig und hilfreich. Die Patientin oder der Patient kann durch ihre oder seine unmittelbaren Bezugspersonen bei der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen und der Wiedererlangung von alltagspraktischen Fähigkeiten unterstützt werden. Zudem können Angehörige und andere Bezugspersonen den behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten wichtige Einblicke in deren Alltag und Krankheitsverlauf geben.

**KBV/DKG/PatV:** Von schweren psychischen Erkrankungen ist das soziale Umfeld oftmals mitbetroffen. Gleichzeitig kann es die Patientin oder den Patienten bei der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen und der Wiedererlangung von alltagspraktischen Fähigkeiten unterstützen. Zudem können Angehörige und andere Bezugspersonen den behandelnden Leis-



tungserbringerinnen und Leistungserbringern mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten wichtige Einblicke in deren Alltag und Krankheitsverlauf geben. Aus diesem Grund ist das soziale Umfeld einzubeziehen.

#### Zu 9.

**GKV-SV:** Schwer psychisch Kranke sind häufig auf Hilfen aus anderen Sozialleistungsbereichen angewiesen, daher wird der strukturierte Austausch und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb der Gesundheitsversorgung nach dem SGB V als weitere Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe vorgesehen. Der strukturierte Austausch beinhaltet, dass von den die Krankenbehandlung durchführenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Einrichtungen, die nicht dem SGB V angehören, die jedoch mit den Auswirkungen der Erkrankung konfrontiert sind und deshalb tätig werden, (schriftliche) Absprachen getroffen und die gegenseitig erforderlichen Informationsbedürfnisse definiert werden und sie durch geeignete Maßnahmen in spezifisch definierten Fällen Abhilfe schaffen. Hierbei ist zu beachten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gem. § 91 Abs. 6 SGB V entfaltet, d.h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.

**KBV:** Schwer psychisch Kranke sind häufig auf Hilfen aus anderen Sozialleistungsbereichen angewiesen, daher wird der strukturierte und abgestimmte Informationsaustausch im Rahmen der Behandlung der Patientin oder des Patienten und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb der Gesundheitsversorgung nach dem SGB V als weitere Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe vorgesehen.

**DKG:** Schwer psychisch Kranke sind häufig auf Hilfen aus anderen Sozialleistungsbereichen angewiesen, daher wird der strukturierte Austausch (z. B. durch Beteiligung an den Netzverbundkonferenzen, Absprachen zu regelmäßigen Informationsaustauschen) und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb der Gesundheitsversorgung nach dem SGB V als weitere Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe vorgesehen.

**PatV:** Schwer psychisch Kranke sind häufig auf Hilfen aus anderen Sozialleistungsbereichen angewiesen, daher wird der strukturierte Austausch und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb der Gesundheitsversorgung nach dem SGB V als weitere Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe vorgesehen. So sollen Netzverbünde auch mit Einrichtungen außerhalb des Leistungsbereichs des SGB V Kooperationsabsprachen treffen, um eine strukturierte Inanspruchnahme solcher Leistungen zu ermöglichen (vgl. § 4 Absatz 5). Da diese Richtlinie solche Einrichtungen nicht zu Kooperationsabsprachen verpflichten kann, richten sich entsprechende Regelungen an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dieser Richtlinie. Diese sollen sich bemühen, mit entsprechenden regional vorhandenen komplementären Strukturen zusammenzuarbeiten.

### 2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe

**Alle:** Nach den Vorgaben des Gesetzgebers soll die neue Versorgung insbesondere auf schwer psychisch Kranke ausgerichtet sein, die einen komplexen psychiatrischen [KBV, DKG: psychosomatischen] oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf aufweisen.

**GKV-SV/DKG/PatV:** Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, in der Literatur als „people with severe mental illness“ beschrieben, leiden nicht nur unter den Symptomen ihrer Erkrankung, sondern auch unter den daraus entstandenen Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten des täglichen Lebens und ihrer psychosozialen Fähigkeiten. Besonders betroffen von den Folgen der eingeschränkten psychosozialen Fähigkeiten sind Menschen, die in keinem funktionierenden sozialen Gefüge leben und daher vollumfänglich auf ihr eigenes Engagement angewiesen sind. Gerade diesen Menschen fällt es schwer, eine Krankenbehandlung einzufordern und kontinuierlich fortzusetzen. Daher sehen die Regelungen nach dieser Richtlinie eine Behandlung ab dem 18. Geburtstag vor, da so spezifische Erfordernisse adressiert werden können und sie nicht nur eine Behandlung der psychischen Symptomatik, sondern auch der daraus entstandenen Beeinträchtigungen erfahren. Diesem, über eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne hinausgehenden, besonderen (komplexen) Behandlungsbedarf trägt die neue Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V Rechnung. [GKV-SV: Die Regelungen in § 2 dienen einer zielgenauen Identifikation der vorbeschriebenen Patientengruppe.] [DKG: Aufgrund der Besonderheiten der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendliche hat sich der G-BA vor dem Hintergrund einer relativ kurzen gesetzlichen Frist zur Erarbeitung der Richtlinie auf eine Fokussierung der Patientengruppe ab dem vollendeten 18. Lebensjahr entschieden. Um die besonderen Bedürfnisse und spezifischen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendlicher angemessen berücksichtigen zu können, ist eine umfassende Auseinandersetzung mit der Thematik erforderlich.]

**KBV:** Aufgrund der Besonderheiten der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen fokussiert die Richtlinie in § 2 auf Patientinnen und Patienten ab dem 18. Geburtstag. Um Patientinnen und Patienten sowohl bis zum Ende des 21. Lebensjahres als auch solchen, die aus der Behandlung von Fachärztinnen oder Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -psychotherapeuten in die Erwachsenentherapie wechseln, die besondere Expertise der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zugänglich zu machen, sind solche Ärztinnen und Therapeutinnen bzw. Ärzte und Therapeuten im Rahmen der Komplexversorgung nach 4 Absatz 5 Nr. 9 einzubinden. Spezifische Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche werden in einer hierfür dezidierten, eigenständigen Richtlinie spezifiziert werden, um die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen angemessen abzubilden und gleichzeitig die spezifischen Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche zu berücksichtigen.

#### Absatz 1

**GKV-SV:** Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ab 18 Jahren durch die Versorgung nach dieser Richtlinie behandelt werden. Erwachsenen mit schweren psychischen Erkrankungen fehlt häufig die Einbettung in ein soziales und berufliches Umfeld, das sie bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stützt. Folglich gelangen diese Patientinnen und Patienten nur schwer in eine kontinuierliche Versorgung oder sie werden nicht in der Versorgung gehalten, weil diskontinuierliche Krankheitsverläufe zu unerwarteten Abbrüchen oder Unterbrechungen führen. Auf diese spezifische Konstellation ist die neue Versorgung ausgerichtet, bei der eine Koordinatorin oder ein Koordinator die Patientinnen und Patienten durch die Behandlung leitet.

Im vorgenannten Sinne bestimmt Absatz 1 zusammenfassend die Personengruppe – Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ab 18 Jahren und komplexem Behandlungsbedarf – die eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten kann. Das Nähere dazu ist in den Absätzen 2 bis 4 festgelegt. Die Indikationsstellung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie setzt voraus, dass die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt im Rahmen der Differenzialdiagnostik auch eine Einschätzung vornimmt, ob bei der Patientin oder dem Patienten eine hinreichende Behandlungsfähigkeit besteht, d.h. ob sie oder er über Ressourcen verfügt, die für die Erreichung der Ziele der Versorgung erforderlich sind, und ob eine hinreichende Mitwirkungsfähigkeit besteht, d.h. ob die Patientin oder der Patient in der Lage und willens ist, an den notwendigen Behandlungen in der erforderlichen Weise teilzunehmen. Dabei ist auch zu beurteilen, ob diese Art der Versorgung für die Patientin oder den Patienten zielführend ist, oder ob andere – und wenn ja welche – Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahmen bei der Art und des Ausprägungsgrades der psychischen Störung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen erforderlich sind.

Zudem werden die weiteren Kriterien, die für eine Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V erfüllt sein müssen, zusammenfassend festgelegt. In den folgenden Absätzen 2 bis 4 sind diese dann differenziert bestimmt.

**KBV:** Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ab 18 Jahren durch die Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V einen Anspruch auf die Behandlung nach dieser Richtlinie haben. Auf diese Weise wird festgestellt, dass Patientinnen und Patienten bei Vorliegen der Voraussetzungen nicht von der Versorgung nach dieser Richtlinie ausgeschlossen werden können.

Zudem werden die weiteren Kriterien, die für eine Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V erfüllt sein müssen, zusammenfassend festgelegt. In den folgenden Absätzen 2 bis 4 sind diese dann differenziert bestimmt.

**DKG:** Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ab 18 Jahren einen Anspruch auf eine strukturierte Versorgung nach dieser Richtlinie haben. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen fehlt häufig die Einbettung in ein soziales und berufliches Umfeld, das sie bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stützt. Folglich gelangen die Patientinnen und Patienten nur schwer in eine kontinuierliche Versorgung oder sie werden nicht in der Versorgung gehalten, weil diskontinuierliche Krankheitsverläufe zu unerwarteten Abbrüchen oder Unterbrechungen führen. Auf diese spezifische Konstellation ist die neue Versorgung ausgerichtet.

Der Absatz 1 legt neben dem Zugangsalter der Patientin oder des Patienten fest, dass die Versorgung nach dieser Richtlinie auf eine Patientengruppe ausgerichtet ist, die bestimmte Kriterien erfüllt. Diese werden in den Absätzen 2, 3 und 4 näher definiert. Dazu gehört neben dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung auch, dass durch die Schwere der Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen und zusätzlich komplexe Behandlungsbedarfe vorliegen.

**PatV:** Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ab 18 Jahren einen Anspruch auf eine strukturierte Versorgung nach dieser Richtlinie haben. Erwachsenen mit schweren psychischen Erkrankungen fehlt häufig die Einbettung in ein soziales und berufliches Umfeld, das sie bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stützt. Folglich gelangen die Patientinnen und Patienten nur schwer in eine kontinuierliche Versorgung oder sie werden nicht in der Versorgung gehalten, weil diskontinuierliche Krankheitsverläufe zu unerwarteten Abbrüchen oder Unterbrechungen führen. Auf diese spe-

zifische Konstellation ist die neue Versorgung ausgerichtet, bei der eine koordinierende Bezugsperson die Patientinnen und Patienten durch die Behandlung leitet. Zudem werden die weiteren Kriterien, die für eine Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V erfüllt sein müssen, zusammenfassend festgelegt. In den folgenden Absätzen 2 bis 4 sind diese dann differenziert bestimmt.

## Absatz 2

**GKV-SV:** In Absatz 2 wird die Patientengruppe durch die aufgelisteten Diagnosen charakterisiert. Die Versorgung nach dieser Richtlinie ist auf Versicherte ausgerichtet, bei denen über längere Zeit ausgeprägte psychische Symptome einer mit unterschiedlichen Maßnahmen behandlungsbedürftigen psychischen Störung bestehen und die auf Grund der damit einhergehenden deutlichen Einschränkungen in ihren Alltagsfähigkeiten Schwierigkeiten haben, die Krankenversorgung zu erhalten, die sie benötigen.

Neurologische Erkrankungen wie beispielsweise Multiple Sklerose, Demenz oder Morbus Parkinson sind nicht vom Auftrag des Gesetzgebers umfasst. Die Aufnahme dieser Krankheitsbilder ist nicht geboten, weil diese Erkrankungen aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrads der Erkrankung abgestimmt ist. Um den Bedarfen nach einer spezifischen und individualisierten Therapie zu entsprechen, sind beispielsweise Maßnahmen der Nationalen Demenzstrategie der Vorzug zu geben. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich auch eine der aufgelisteten Erkrankungen vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten, wenn auch die Bedingungen nach Absatz 3 und 4 erfüllt sind.

Die in Absatz 2 aufgelisteten Diagnosen wurden als Indikationskriterium aufgenommen, weil diese Krankheitsbilder häufig über einen längeren Zeitraum bestehen, in vielen Fällen ein schwerer Verlauf auftritt und dieser bei den hier aufgelisteten Diagnosen weitreichende ineinandergreifende Maßnahmen erforderlich macht. Um eine Besserung oder Heilung zu erreichen oder eine Verschlimmerung zu verhüten, ist bei diesen psychischen Erkrankungen eine alleinige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne nicht ausreichend, sondern erfordert weitere therapeutische Maßnahmen durch unterschiedliche Berufsgruppen oder phasenweise auch stationäre oder rehabilitative Maßnahmen.

**KBV:** In Absatz 2 wird die Patientengruppe durch die aufgelisteten Diagnosen charakterisiert. Die neue Versorgung ist auf Versicherte ausgerichtet, bei denen über längere Zeit ausgeprägte psychische Symptome einer mit unterschiedlichen Maßnahmen behandlungsbedürftigen psychischen Störung bestehen und die auf Grund der damit einhergehenden deutlichen Einschränkungen in ihren Alltagsfähigkeiten Schwierigkeiten haben, diejenige Krankenversorgung zu erhalten, die sie benötigen.

Die Schwere psychischer Erkrankungen bestimmt sich nicht ausschließlich nach dem zugrundeliegenden Diagnoseschlüssel nach ICD-10, sondern insbesondere nach den Einschränkungen, die Patientinnen und Patienten durch ihre Erkrankung erfahren. Diese sind häufig von wechselhaften Verläufen gekennzeichnet, so dass auch bei gesicherter Diagnose einer psychischen Erkrankung der Grad der Einschränkung wesentliches und bestimmendes Merkmal der Geeignetheit für die Behandlung nach Maßgabe dieser Richtlinie ist. Aus diesem Grund wird in Absatz 2 auf eine arbiträre und im Einzelfall nicht zufriedenstellend begründbare Eingrenzung der Erkrankungen auf ausgewählte Indikationen des fünften Kapitels der ICD-10

verzichtet, und es werden als Voraussetzung für den Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie alle Indikationen nach F00 bis F99 benannt.

**DKG:** In Absatz 2 wird die Patientengruppe durch die aufgelisteten Diagnosen charakterisiert. Die Schwere psychischer Erkrankungen bestimmt sich nicht ausschließlich nach der zugrundeliegenden Indikation/Diagnose nach ICD-10, sondern insbesondere nach den Einschränkungen, die Patientinnen und Patienten durch ihre Erkrankung erfahren. Diese sind häufig von wechselhaften Verläufen gekennzeichnet, so dass auch bei gesicherter Diagnose einer psychischen Erkrankung der Grad der Einschränkung wesentliches und bestimmendes Merkmal der Geeignetheit für die Behandlung nach Maßgabe dieser Richtlinie ist. Aus diesem Grund wird in Absatz 2 auf eine arbiträre und im Einzelfall nicht zufriedenstellend begründbare Eingrenzung der Erkrankungen auf ausgewählte Indikationen des fünften Kapitels der ICD-10 verzichtet und als eine von drei Voraussetzungen für den Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie die Indikationen F00 bis F99 benannt.

**PatV:** Die Schwere psychischer Erkrankungen bestimmt sich nicht ausschließlich nach der zugrundeliegenden Indikation/Diagnose nach ICD-10, sondern insbesondere nach den Einschränkungen, die Patientinnen und Patienten durch ihre Erkrankung erfahren. Diese sind häufig von wechselhaften Verläufen gekennzeichnet, so dass auch bei gesicherter Diagnose einer psychischen Erkrankung der Grad der Einschränkung wesentliches und bestimmendes Merkmal der Geeignetheit für die Behandlung nach Maßgabe dieser Richtlinie ist. Aus diesem Grund wird in Absatz 2 auf eine arbiträre und im Einzelfall nicht zufriedenstellend begründbare Eingrenzung der Erkrankungen auf ausgewählte Indikationen des fünften Kapitels der ICD-10 verzichtet und als Voraussetzung für den Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie die Indikationen F00 bis F99 benannt. Der Schweregrad der Erkrankung erfolgt durch das Kriterium der Erfassung durch die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) in Absatz 3. Die ICD-10 unterscheidet nur gelegentlich, nicht aber systematisch zwischen leichteren, mittleren oder schweren Verlaufsformen einer Erkrankung. Daher können viele psychischen Erkrankungen schwere Verlaufsformen annehmen, ohne dass dies durch die Diagnosen abgebildet wäre.

### Absatz 3

**GKV-SV:** In Absatz 3 wird die systematisierte Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus durch eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch kranken Menschen<sup>4</sup>, der Global Assessment of Functioning Scale (GAF)<sup>5</sup>, vorgegeben. Da eine Diagnose alleine i. d. R. keine ausreichende Aussage über den Schweregrad der psychischen Erkrankung zulässt, bedarf es zur Erfassung und Darstellung desselben eines weiteren Instruments. Schwere und anhaltende psychische Erkrankungen können insbesondere durch ihre Auswirkungen charakterisiert werden, d. h. durch damit einhergehende deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen.

Die GAF-Skala wurde als Instrument ausgewählt, weil sie eine aufwandsarme, störungsübergreifende Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus bei unterschiedlichen psychischen Störungen ermöglicht. Die Beurteilung beruht auf einer klinischen Gesamteinschätzung der

---

<sup>4</sup> vgl. Pedersen G., Karterud S.: The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. Comprehensive Psychiatry 2012

<sup>5</sup> Global Assessment of Functioning Scale in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

Patientin oder des Patienten auf Basis des gesamten diagnostischen Prozesses. Zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus werden auf der GAF-Skala der Schweregrad der Symptomatik und die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Diese sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit angesiedelt.

Die GAF-Skala stellt ein zeitökonomisches, lizenzkostenfreies, reliables und valides sowie in der Versorgung psychisch Kranker etabliertes Fremdbeurteilungsinstrument dar. Hinzu kommt, dass die Ermittlung des psychosozialen Funktionsniveaus durch die GAF-Skala bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert ist und als ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V angewendet wird.

Als ein Zugangskriterium für eine Versorgung nach dieser Richtlinie wurde ein Orientierungswert von 40 (höchstens  $\leq 50$ ) auf der GAF Skala festgelegt. Dieser Wert beschreibt ein psychosoziales Funktionsniveau, dass mit starken Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen einhergeht. Das können beispielsweise „Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation oder starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung“<sup>6</sup> sein. Diese unterschiedlichen und ausgeprägten Beeinträchtigungen erfordern eine Behandlung durch mehrere Professionen (z.B. psychiatrisch-medikamentös, psychotherapeutisch, ergotherapeutisch, soziotherapeutisch). Ein psychosoziales Funktionsniveau in Höhe eines GAF-Werts von 40 bis höchstens  $\leq 50$  bewirkt i. d. R., dass die Patientin oder der Patient nicht mehr in der Lage ist, geeignete Hilfen oder Behandlungsplätze zu finden, Behandlungstermine selbständig zu organisieren oder die notwendigen Behandlungen kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Um die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu erhalten, bedarf diese Patientin oder dieser Patient einer koordinierten und strukturierten Versorgung, wie sie in dieser Richtlinie festgelegt ist.

Ein psychosoziales Funktionsniveau mit GAF-Werten von 51 und mehr weist definitionsgemäß lediglich mäßig ausgeprägte Symptome aus (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit). Diese mäßig ausgeprägten Symptome können nicht mehr als Ausdruck einer schweren psychischen Störung verstanden werden. Patientinnen und Patienten auf diesem psychosozialen Funktionsniveau sind in der Regel in der Lage, notwendige Behandlungsmaßnahmen selbständig in Anspruch zu nehmen und zu organisieren und benötigen dem entsprechend keine Versorgung nach dieser Richtlinie.

Derzeit können schwer psychisch Kranke bereits Soziotherapie gemäß § 37a SGB V und psychiatrisch häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V erhalten. Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme dieser Leistungen sind in der Soziotherapie-Richtlinie und in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. Als ein Instrument zur Ermittlung der Schwere der psychischen Erkrankung ist in beiden Richtlinien die Verwendung der GAF-Skala vorgeben; Indikationskriterium ist bei beiden Leistungen neben den festgelegten Diagnosen ein Orientierungswert auf der GAF-Skala von 40 (höchstens  $\leq 50$ ).

Auch vor diesem Hintergrund erscheint die Verwendung eines abweichenden GAF-Wertes als Indikationskriterium für die Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V nicht sachgerecht, da sie zu einer differierenden Definition der Patientengruppe schwer psychisch Kranker und somit zu einer unterschiedlichen Leistungsgewährung führen würde.

---

<sup>6</sup> Global Assessment of Functioning Scale in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

**KBV:** Insbesondere durch die Qualifikation der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit abgeschlossener Aus- und Weiterbildung sowie häufig langjähriger Berufserfahrung wird eine zutreffende Beurteilung umfassend sichergestellt. Zur Erfassung, Validierung und zeitlichen Verlaufskontrolle von psychischen Erkrankungen stehen zudem mehrere wissenschaftlich fundierte Instrumente zur Verfügung. Unspezifische Universalinstrumente sind dabei nur global geeignet, die Schwere der Erkrankung sowie deren Verlauf beurteilen zu können. Aus diesem Grund ist je nach Erkrankungsart und -verlauf eine informierte Entscheidung zu treffen, welches Instrument herangezogen werden soll. Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem Instrument und die Reduktion des Ergebnisses auf Zahlenwerte täuschen dabei eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe von Zahlenwerten bewusst verzichtet. Relevant ist vielmehr, auf der Basis der erworbenen Erkenntnisse und Erfahrungen der behandelnden Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das am besten geeignete Instrument heranzuziehen und dieses durchgängig anzuwenden. In Absatz 3 werden beispielhaft die Global Assessment of Functioning Scale oder das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP) benannt. Darüber hinaus können zahlreiche weitere andere Instrumente in den jeweiligen Fallkonstellationen geeignet sein, zusammen mit den jeweiligen Patientinnen und Patienten sowie den weiteren hinzuzuziehenden Gesundheitsberufen ein gemeinsames Verständnis über die Schwere der Erkrankung als auch über die zu ergreifenden Behandlungsmaßnahmen herzustellen. Damit soll auch der stetigen fachlichen Weiterentwicklung Rechnung getragen werden.

**DKG:** Die Schwere psychischer Erkrankungen bestimmt sich nicht ausschließlich nach der zugrundeliegenden Indikation/Diagnose nach ICD-10, sondern insbesondere nach den Einschränkungen, die Patientinnen und Patienten durch ihre Erkrankung erfahren. Diese sind häufig von wechselhaften Verläufen gekennzeichnet, so dass auch bei gesicherter Diagnose einer psychischen Erkrankung der Grad der Einschränkung wesentliches und bestimmendes Merkmal und somit weitere Voraussetzung für die Geeignetheit einer Versorgung nach Maßgabe dieser Richtlinie ist.

Zur Erfassung, Validierung und zeitlichen Verlaufskontrolle von psychischen Erkrankungen stehen mehrere wissenschaftlich fundierte Instrumente zur Verfügung. Unspezifische Universalinstrumente sind dabei nur global geeignet, die Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus oder die Schwere der Erkrankung sowie deren Verlauf beurteilen zu können. Aus diesem Grund ist je nach Erkrankungsart und -verlauf eine informierte Entscheidung zu treffen, welches Instrument herangezogen werden soll. Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem Instrument und die Reduktion des Ergebnisses auf Zahlenwerte täuschen dabei eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe von Zahlenwerten bewusst verzichtet. Relevant ist vielmehr, auf der Basis der erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten das am besten geeignete Instrument heranzuziehen und dieses durchgängig zu anzuwenden. In Absatz 3 werden beispielhaft die Global Assessment of Functioning Scale oder das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP) benannt. Darüber hinaus können zahlreiche weitere andere Instrumente (z. B. WHO-DAS, HoNOS) in den jeweiligen Fallkonstellationen geeignet sein, zusammen mit den jeweiligen Patientinnen oder Patienten sowie den weiteren hinzuzuziehenden Gesundheitsberufen ein gemeinsames Verständnis über die Einschränkungen des psychosozialen Funkti-

onsniveaus oder die Schwere der Erkrankung als auch über die zu ergreifenden Behandlungsmaßnahmen herzustellen. Damit soll auch der stetigen fachlichen Weiterentwicklung Rechnung getragen werden.

**PatV:** In Absatz 3 wird die systematisierte Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus durch ein standardisiertes Erhebungsinstrument, der Global Assessment of Functioning Scale (GAF)<sup>7</sup>, vorgegeben. Da eine Diagnose alleine i. d. R. keine ausreichende Aussage über den Schweregrad der psychischen Erkrankung zulässt, bedarf es zur Erfassung und Darstellung desselben eines weiteren Instruments. Schwere und anhaltende psychische Erkrankungen können insbesondere durch ihre Auswirkungen charakterisiert werden, d.h. durch damit einhergehende deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen.

Die GAF-Skala wurde als Instrument ausgewählt, weil sie eine aufwandsarme, störungsübergreifende Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus bei unterschiedlichen psychischen Störungen ermöglicht. Die Beurteilung beruht auf einer klinischen Gesamteinschätzung der Patientin oder des Patienten auf Basis des gesamten diagnostischen Prozesses. Zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus werden auf der GAF-Skala der Schweregrad der Symptomatik und die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Diese sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit angesiedelt.

Die GAF-Skala stellt ein zeitökonomisches, lizenzkostenfreies, reliables und valides sowie in der Versorgung psychisch Kranker etabliertes Fremdbeurteilungsinstrument dar. Hinzu kommt, dass die Ermittlung des psychosozialen Funktionsniveaus durch die GAF-Skala bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert ist und als ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB i.V.m. § 4 Häusliche Krankenpflege-Richtlinie und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V i.V.m. § 2 Soziotherapie-Richtlinie angewendet wird.

Als ein Zugangskriterium für eine Versorgung nach dieser Richtlinie wurde, analog dem Indikationskriterium für Soziotherapie und dem für häuslich psychiatrische Krankenpflege, ein GAF-Wert von  $\leq 50$  festgelegt. Dieser und die darunterliegenden Werte bezeichnen ernste psychische Symptome oder eine ernste Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit, deren Ausprägungsgrade mit abnehmendem GAF-Wert weiter zunimmt.

#### Absatz 4

**Alle:** In Absatz 4 erfolgt eine Definition des komplexen psychiatrischen [**KBV/DKG:** , psychosomatischen] oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs. Aus der Schwere der psychischen Erkrankung und den damit einhergehenden deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen resultiert die Notwendigkeit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer [**KBV:** , einschließlich psychotherapeutischer, psychiatrischer und psychosomatischer Hilfen] und psychosozialer Hilfen. Ein komplexer Behandlungsbedarf resultiert aus der Art und Ausprägung der individuell vorliegenden psychischen Störung und ggfs. weiterer psychischer und somatischer Komorbiditäten und ist charakterisiert durch eine zwischen mehreren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unterschiedlicher Disziplinen abzustimmende, auf die aktuelle psychische Symptomatik ausgerichtete Krankenbehandlung. Ziele sind dabei, die psychische Erkrankung zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten

---

<sup>7</sup> Global Assessment of Functioning Scale in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.



oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und, bei gegebener Notwendigkeit, somatische Begleiterkrankungen zu behandeln sowie durch den Einsatz weiterer notwendiger therapeutischer Maßnahmen, die darauf abzielen, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern.

Wenn zur Erreichung des Behandlungsziels, Heilung, Linderung, oder Verhütung von Verschlimmerung der psychischen Erkrankung im Quartal der Einsatz von mindestens zwei Behandlungsmaßnahmen durch unterschiedliche Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer erforderlich ist (z.B. fachpsychiatrische Behandlung und Ergotherapie), besteht ein komplexer Behandlungsbedarf gemäß dieser Richtlinie.

### 2.1.3 § 3 Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

**GKV-SV/PatV:** Der Gesetzgeber hat bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen das Problem identifiziert, dass der interdisziplinäre Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nicht immer im ausreichenden Maße stattfindet und daher insbesondere bei einem komplexen Behandlungsbedarf Stärkung erfahren muss. Dieser Ansatz findet Ausdruck in der Bezeichnung der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V als „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“, die in der Gesetzesbegründung [**PatV:** auch noch klarer bezeichnet wird] [**GKV-SV:** konkretisiert wird]; hier werden neben Vertragsärzten und -psychotherapeuten auch Ergotherapeuten, Soziotherapeuten und häusliche Krankenpflege benannt.

Der Gesetzgeber geht in der Begründung über die ambulante Behandlung hinaus und formuliert die Zielsetzung, die Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Versorgung inklusive der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V und der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d SGB V zu stärken.<sup>8</sup>

Die Regelungen in § 3 orientieren sich an dem gesetzgeberischen Auftrag und stellen eine Auflistung der an der Versorgung beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dar, die bei der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle einnehmen. Die konkreten Vorgaben für die Einbindung im Netzwerk werden in § 4 getroffen.

**KBV:** Eine gelingende multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzt das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligten Gesundheits(fach)berufe, und dies unabhängig von deren institutioneller Verortung, voraus.

Der Gesetzgeber hat bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen das Problem identifiziert, dass der interdisziplinäre Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nicht immer im ausreichenden Maße stattfindet und daher insbesondere bei einem komplexen Behandlungsbedarf Stärkung erfahren muss. Dieser Ansatz findet Ausdruck in der Bezeichnung der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V als „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“, die in der Gesetzesbegründung auch noch klarer bezeichnet wird; hier werden neben Vertragsärzten und -psychotherapeuten auch Ergotherapeuten, Soziotherapeuten und häusliche Krankenpflege benannt.

---

<sup>8</sup> Vgl. BT-Drs 19/9770, S. 65 (Gesetzentwurf).

Der Gesetzgeber geht in der Begründung über die ambulante Behandlung hinaus und formuliert die Zielsetzung, die Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Versorgung inklusive der Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V und der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d SGB V zu stärken.<sup>9</sup>

Die Regelungen in § 3 orientieren sich an dem gesetzgeberischen Auftrag und stellen eine Auflistung der an der Versorgung beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringenden und Leistungserbringer dar, die bei der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle einnehmen. Die konkreten Vorgaben für die Einbindung im Netzverbund werden in § 4 getroffen.

**DKG:** Eine gelingende multiprofessionelle und strukturierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzt das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligten Gesundheits(fach)berufe, und dies unabhängig von deren institutioneller Verortung, voraus.

Der Gesetzgeber sieht für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen eine berufsgruppenübergreifende Kooperation der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden und Leistungserbringer vor. Dieser Ansatz findet Ausdruck in der Bezeichnung der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V als „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“. Daneben können weitere Berufsgruppen, wie beispielsweise Soziotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegekräfte, in die koordinierte und strukturierte Versorgung einbezogen werden.

Der Gesetzgeber geht in der Begründung über die psychotherapeutische Behandlung hinaus und formuliert die Zielsetzung, dass weitere gegebenenfalls erforderliche Versorgungsbereiche einzubeziehen sind. Dadurch sollen Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt erleichtert werden.

Die Regelungen in § 3 orientieren sich an dem gesetzgeberischen Auftrag und stellen eine Auflistung der an der Versorgung beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringenden und Leistungserbringer dar, die bei der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle einnehmen. Die konkreten Vorgaben für die Einbindung im Netzverbund werden in § 4 getroffen.

### Absatz 1

**Alle:** In Absatz 1 werden die ambulanten ärztlichen vertragsärztlichen und **[KBV: vertrags-]** psychotherapeutischen Leistungserbringenden und Leistungserbringer aufgelistet, die an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V beteiligt werden können. Hierbei handelt es sich um Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten **[PatV: sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie]**.

**GKV-SV:** Die ausgewählten Fachgruppen verfügen auf Grund ihrer Aus- und Weiterbildung über die erforderlichen Kompetenzen, die zur Behandlung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlich sind. Eine zentrale Rolle im Rahmen dieser Versorgung fällt den Fachärzten und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie zu. Da diese Bezeichnung erst 1994 eingeführt wurde, werden auch die vorher in der

---

<sup>9</sup> Vgl. BT-Drs 19/9770, S. 65 (Gesetzentwurf).

Weiterbildungsordnung geführten und aktuell noch häufig auftauchende Bezeichnungen aufgelistet (Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie). Darüber hinaus wurde in Absatz 7 eine ergänzende Regelung zu vormaligen Fachbezeichnungen aufgenommen. Wenn auch im Gesetzesauftrag nicht explizit benannt, ist die psychosomatische Versorgung als umfassender Ansatz zur integrativen Versorgung von somatischen und psychischen Erkrankungsanteilen wesentlicher Bestandteil der Versorgungsstruktur nach dieser Richtlinie. Entsprechend sind auch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Leistungserbringung berechtigt. Ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind ebenfalls sehr wichtig im Rahmen der Versorgung, da ein Großteil der Patientinnen und Patienten eine psychotherapeutische Behandlung benötigt.

**KBV/PatV:** Die genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind diejenigen, die durch ihre Aus- und Weiterbildung über eine entsprechende Kompetenz verfügen, um diese besondere Patientengruppe zu behandeln und das erforderliche multimodale, zielgenaue und diagnosespezifische Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen bzw. zu veranlassen. Teilnehmen können an der Versorgung nach dieser Richtlinie auch Fachärzte für Neurologie, um den häufig anzutreffenden fachgruppenübergreifenden, krankheitsbezogenen Mischbildern bei Erkrankungen wie der Demenz angemessen Rechnung tragen zu können. Zudem haben Neurologinnen und Neurologen im Rahmen ihrer Ausbildung auch Abschnitte der psychiatrischen Weiterbildung absolviert. Wenn auch im Gesetzesauftrag nicht explizit benannt, ist die psychosomatische Versorgung als umfassender Ansatz zur integrativen Versorgung von somatischen und psychischen Erkrankungsanteilen wesentlicher Bestandteil der Versorgungsstruktur in Deutschland und findet sich dementsprechend auch in der Versorgung nach dieser Richtlinie wieder. Entsprechend sind auch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Leistungserbringung berechtigt.

**DKG:** Um den Besonderheiten bei der Behandlung insbesondere schwer psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen, sind als Teilnehmer an der Versorgung nach dieser Richtlinie ausschließlich Fachärzte und Psychotherapeuten vorgesehen, die aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung über entsprechende Kompetenzen verfügen. Wenn auch im Gesetzesauftrag nicht explizit benannt, ist die psychosomatische Versorgung als umfassender Ansatz zur integrativen Versorgung von somatischen und psychischen Erkrankungsanteilen wesentlicher Bestandteil der Versorgungsstruktur nach dieser Richtlinie. Entsprechend sind auch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Leistungserbringung berechtigt.

## Absatz 2

**GKV-SV:** In Absatz 2 werden neben den Krankenhäusern mit psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß Absatz 3 auch Krankenhäuser mit stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen aufgeführt, die nicht über eine psychiatrische Institutsambulanz verfügen; damit soll auch für diese Krankenhäuser die Möglichkeit der Teilnahme an einem entsprechenden Netzverbund geschaffen werden. Die Definition für zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene ergibt sich aus § 17d Absatz 1 Satz 1 KHG, wonach sowohl Fachkrankenhäuser als auch selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als psychiatrische Einrichtungen und Fachkrankenhäuser, und selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als psychosomatische Einrichtungen bezeichnet werden.

Die Kooperation zwischen dem Krankenhaus, das psychiatrische oder psychosomatische stationäre Leistungen erbringt, und den ambulanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern setzt an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und stationären Behandlung an und verbessert die Strukturen im Übergang der Patientenbehandlung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Die nach Absatz 2 einbezogenen Krankenhäuser können keine Aufgaben gemäß §§ 5, 6 und 11 dieser Richtlinie übernehmen.

**KBV:** Durch das SGB V umfasst und sowohl im Hinblick auf die Erleichterung des Sektorenübergangs als auch der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufe von besonderer Bedeutung, ist das zur psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung zugelassene Krankenhaus. Dabei wird das Krankenhaus in all seinen Versorgungsbereichen angesprochen: der Psychiatrischen oder Psychosomatischen Institutsambulanz genauso wie der stationsäquivalenten Behandlung oder der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung. Nur der Träger des Krankenhauses kann zudem als kooperierender Vertragspartner im Rahmen der koordinierten Versorgung auftreten, weswegen in Absatz 2 das Krankenhaus insgesamt angesprochen ist. Unbenommen davon können Krankenhäuser zusätzlich auch über bestehende eigene oder zu gründende medizinische Versorgungszentren an dieser Versorgung teilnehmen.

**DKG:** Im Hinblick auf die Erleichterung von Übergängen von der stationären zur ambulanten Versorgung und umgekehrt sowie die Verbesserung einer Vernetzung der an der Versorgung psychisch kranker Menschen beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist das zur psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung zugelassene Krankenhaus von besonderer Bedeutung. In Absatz 2 wird deshalb das Krankenhaus in all seinen Versorgungsbereichen zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt. Dazu gehören auch die Psychiatrischen oder Psychosomatischen Institutsambulanzen genauso wie die stationsäquivalente Behandlung oder die (teil-)stationäre psychiatrische Versorgung. PIA sind kein eigenständiges Organisationskonstrukt. Gemäß § 118 SGB V sind psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten ermächtigt (§ 118 Absatz 2 und 3 SGB V) oder vom Zulassungsausschuss zu ermächtigen (§ 118 Absatz 1 SGB V). Demnach sind PIA und ihre Mitarbeiter (z. B. Ärzte) keine gesondert zu berechtigenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Es ist immer die Einrichtung „Krankenhaus“ maßgeblich, welche für die vertragsärztliche psychiatrische Versorgung ermächtigt ist. Deshalb kann ausschließlich das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus als kooperierender Vertragspartner im Rahmen der koordinierten Versorgung einbezogen werden, weswegen das Krankenhaus als Institution im Ganzen in Absatz 2 aufgenommen wird. Die Definition für ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtung für Erwachsene ergibt sich aus § 17d Absatz 1 Satz 1 KHG. Demnach sind sowohl Fachkrankenhäuser als auch selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie „psychiatrische Einrichtungen“. Fachkrankenhäuser und selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind „psychosomatische Einrichtungen“. Unbenommen davon stehen den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern auch Teilnahmemöglichkeiten über eigenständig gegründete Medizinische Versorgungszentren zur Verfügung. Darüber hinaus kann auch regional bei Versorgungsdefiziten das Instrument der Ermächtigung als weitere Möglichkeit geprüft werden.

**PatV:** In Absatz 2 werden neben den Krankenhäusern mit Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß Absatz 3 auch Krankenhäuser mit stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen aufgeführt, die nicht über eine psychiatrische Institutsambulanz verfügen; damit soll auch für diese Krankenhäuser, die Möglichkeit der Teilnahme an einem entsprechenden Netzverbund geschaffen werden.

Die Leistungen, die durch diese Krankenhäuser erbracht werden können, erstrecken sich nicht auf den ambulanten Bereich, d. h. diese Krankenhäuser können weder eine Koordinationsleistung erbringen, noch können die Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses als Bezugsärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeut oder Bezugspsychotherapeutin fungieren. Die ambulanten Leistungen können nur durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erbracht werden; dies beinhaltet auch psychiatrische Institutsambulanzen.

### Absatz 3

**GKV-SV:** In Absatz 3 werden zwei Möglichkeiten der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie für Krankenhäuser mit psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V aufgegriffen. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Sie richten sich an Versicherte, die wegen Art, Schwere und Dauer ihrer psychischen Erkrankung der ambulanten Behandlung durch diese Einrichtungen bedürfen, folglich ist der Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen in die Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V erforderlich; hierbei sind nicht beide Formen der Teilnahme notwendig, vielmehr ist es ausreichend, wenn eine psychiatrische Institutsambulanz in einer der beiden Formen kooperiert.

Zu 1. Im ersten Fall beteiligen sich die Krankenhäuser mit ihrer psychiatrischen Institutsambulanz an dem Netzverbund und übernehmen im Rahmen des Netzverbundes auch eine koordinierende Funktion gemäß §§ 6 und 11 dieser Richtlinie. Darüber hinaus kann die psychiatrische Institutsambulanz im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie auch Leistungen im Umfang ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V erbringen. In dem skizzierten Fall wird in der psychiatrischen Institutsambulanz für die Versorgung der Patientinnen und Patienten eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Nervenheilkunde oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie vorgehalten, die oder der die Aufgabe einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes gemäß § 5 übernimmt. Die Koordination erfolgt durch eine Koordinatorin oder einen Koordinator gemäß § 6 in der psychiatrischen Institutsambulanz.

Zu 2. Im zweiten Fall beteiligt sich die psychiatrische Institutsambulanz an dem Netzverbund, es werden jedoch keine Koordinationsleistungen erbracht. Die psychiatrische Institutsambulanz unterstützt die Versorgung nach dieser Richtlinie nur mit dem in ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V vorgesehenen Leistungsspektrum. Die Aufgaben der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes werden durch eine niedergelassene Fachärztin oder einen niedergelassenen Facharzt übernommen, an deren Praxis die nichtärztliche Koordinatorin oder der nichtärztliche Koordinator eng angebunden ist. Der Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanz ist daher eng mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt abzustimmen.

**PatV:** In Absatz 3 werden ausdrücklich Krankenhäuser mit Psychiatrischen oder Psychosomatischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V genannt. Mit der Regelung nach § 92

Abs. 6b SGB V hat der Gesetzgeber auch eine Erleichterung der Übergänge von stationär zu ambulanter Versorgung und umkehrt intendiert, einschließlich einer Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen (vgl. Gesetzentwurf PsychRefG, BT-Drs. 19/9770, S. 65). Ein Netzverbund, der die Zielgruppe fachlich angemessen behandeln will, muss daher sicherstellen, dass auch alle Versorgungsbereiche der Krankenhäuser mit psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Einrichtungen gewährleistet sind.

Hinsichtlich der Psychiatrischen Institutsambulanzen ergeben sich mögliche Hindernisse durch die Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 Absatz 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 30.04.2010. In der Anlage zu dieser Vereinbarung werden zum einen die einbezogenen Patientengruppen konkretisiert. Darüber hinaus gibt es Einschränkungen hinsichtlich einer Leistungserbringung durch die PIA bei gleichzeitiger Leistungserbringung durch Vertragsärztinnen/ Vertragspsychotherapeutinnen bzw. Vertragsärzte/ Vertragspsychotherapeuten sowie bei verordneter Soziotherapie. Da mit dieser Richtlinie jedoch ausdrücklich eine patientenorientierte, sektorübergreifende und koordinierte Versorgung im Netzverbund erreicht werden soll, wird in Absatz 2 Satz 2 geregelt, dass im Falle einer Teilnahme an der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung nach dieser Richtlinie diese Ausschlüsse nicht zur Anwendung kommen

**DKG:** *Kein Richtlinientext - Begründung: PIA sind kein eigenständiges Organisationskonstrukt. Gemäß § 118 SGB V sind psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten ermächtigt (§ 118 Absatz 2 und 3 SGB V) oder vom Zulassungsausschuss zu ermächtigen (§ 118 Absatz 1 SGB V). Demnach sind PIA und ihre Mitarbeiter (z. B. Ärzte) keine gesondert zu berechtigenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Es ist immer die Einrichtung „Krankenhaus“ maßgeblich, welche für die vertragsärztliche psychiatrische Versorgung ermächtigt ist. Deshalb kann ausschließlich das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus als kooperierender Vertragspartner im Rahmen der koordinierten Versorgung einbezogen werden, weswegen das Krankenhaus als Institution im Ganzen in Absatz 2 aufgenommen wird.*

**KBV:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Absatz 4

**GKV-SV:** In Absatz 4 werden die nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgelistet, deren Beteiligung in einem Netzverbund angestrebt werden sollte. Hierbei handelt es sich um Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V, Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit einem Vertrag gemäß § 132b SGB V und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben. Hierbei sind die Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 der Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege zu berücksichtigen.

**KBV:** In Absatz 4 werden weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgelistet, deren Beteiligung in einem Netzverbund angestrebt werden sollte. Hierbei handelt es sich um Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach §124 SGB V, Soziotherapeutische Leistungs-

erbringerinnen und Leistungserbringer mit einem Vertrag gemäß § 132b SGB V und Pflegefachpersonen nach der Rahmenvereinbarung nach § 132a SGBV und einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.

**DKG:** In Absatz 4 werden weiter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgelistet, deren Beteiligung in einem Netzverbund angestrebt werden sollte. Hierbei handelt es sich um Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V, Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit einem Vertrag gemäß § 132b SGB V und Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen und über eine Fachweiterbildung Psychiatrie oder eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung verfügen.

**PatV:** In Absatz 4 werden die nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer aufgelistet, deren Beteiligung in einem Netzverbund angestrebt werden sollte. Hierbei handelt es sich um Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V, Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit einem Vertrag gemäß § 132b SGB V und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben.

#### Absatz 5

**DKG:** Absatz 5 führt aus, dass für jede Leistungserbringerin und jeden Leistungserbringer, die oder der im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V Leistungen im Sinne bestehender Regelversorgung erbringt, die jeweiligen leistungsrechtlichen Grundlagen gelten. Dies stellt klar, dass die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungskreise bezüglich der jeweiligen Vergütung auch im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung bestehen bleiben.

**GKV-SV/KBV/PatV:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Absatz 6

**Alle:** In Absatz 6 wird klargestellt, dass sich die verwendeten Facharztbezeichnungen an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer orientieren, dass aber auch Facharztbezeichnungen, die nicht mehr verliehen werden, die aber inhaltlich den Vorgaben entsprechen, im Rahmen der Qualifikationsprüfungen die Anforderungen erfüllen.

## 2.2 Zu Abschnitt B – Ausgestaltung des Netzverbundes

### 2.2.1 § 4 Zusammensetzung des Netzverbundes

**GKV-SV/PatV:** Die Richtlinie strebt gemäß dem gesetzlichen Auftrag eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung an. In § 4 wird daher festgelegt, dass die Versorgung durch einen **[PatV: über gegenseitige Kooperationsvereinbarungen gebildeten]** **[GKV-SV: vertraglich geregelten]** Netzverbund erfolgt, in dem die beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im engen regelmäßigen Austausch stehen und interdisziplinär zusammenarbeiten. Die derzeit häufig vorkommende parallele Behandlung durch mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die nur über einen gelegentlichen und unstrukturierten Informationsaustausch, beispielsweise in Form von Überweisungen oder Arztbriefen, von den anderen Behandlungen und Maßnahmen erfahren, wird damit durch eine feste Versorgungsstruktur regelmäßig zusammenarbeitender selbständiger Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ersetzt. **[PatV: Um diesem Ziel gerecht zu werden, sollte der Netzverbund eine kritische Größe nicht überschreiten. Sehr große, lose Verbünde, in denen die einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur sporadisch zusammenarbeiten, werden dem Ziel einer verbesserten und berufsgruppenübergreifenden, koordinierten sowie strukturierten Versorgung nicht gerecht.]**

In Anknüpfung an die Auflistung der an der neuen Versorgungsform beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 3 werden in § 4 Regelungen getroffen, die den Netzverbund und die strukturellen Vorgaben, die durch den Netzverbund zu erfüllen sind, spezifizieren.

**KBV:** Netzverbünde sind lokale Zusammenschlüsse von jeweils 15 Ärztinnen oder Ärzten und 15 Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, aus denen heraus sich patientenindividuelle Behandlungsteams zur Versorgung von Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie bilden (vgl. § 5 Absatz 3). Das Behandlungsteam selbst ist Teil des im regelmäßigen Austausch stehenden Netzverbundes, der regional Versorgungsverantwortung für anspruchsberechtigte Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie übernimmt.

Wenig zielführend ist an dieser Stelle die Etablierung vieler unverbundener kleinerer Netzverbünde in einer Region. Vielmehr wird ein übergeordneter Rahmen durch den Netzverbund als zielführend erachtet, um Informationsweitergabe, vernetzte Behandlungspfade und Kooperationsmöglichkeiten zu gewährleisten und zu fördern. Der Verbund bedarf deshalb einer kritischen Größe, um in einer Region sowohl durchgehend erreichbar zu sein als auch Leistungen in dem Maße anbieten und übernehmen zu können, wie dies für die angemessene Patientenversorgung erforderlich ist. Gerade eine größere Verbundanlage erlaubt ein umfassendes, breites und kurzfristig verfügbares Versorgungsangebot mit den erforderlichen Spezialisierungen und Erfahrungswissen für diese hoch belastete Patientengruppe.

Die Versorgung nach dieser Richtlinie fügt sich ein in eine gestufte Versorgungskette, die im Hinblick auf die Versorgung im Rahmen des SGB V schweregradabhängig von der vertragsärztlichen Regelversorgung über die Versorgung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz und bis hin zur (teil-)stationären Versorgung reicht. Dabei sollen keine Versorgungsstrukturen dupliziert werden, sondern vielmehr ist auf einen stufenweisen Übergang zu achten. Zur Ermöglichung des Angebots einer vernetzten, berufsgruppenübergreifenden Versorgung hat der Netzverbund deshalb durch Kooperationsverträge sicherzustellen, dass zwingend ein lokales bzw. regionales Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten so-



wie einschlägig qualifizierte Pflegefachkräfte beteiligt werden sollen. Inhalt der Kooperationsverträge können u. a. Vereinbarungen über die jeweilige Erreichbarkeit, die vorhandenen Kapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie Absprachen zur gegenseitigen Information und Prozessgestaltung (beispielsweise des Sektorenübergangs) sein.

Mit dem Netzverbund wird eine organisatorische Einheit geschaffen. Der Netzverbund nimmt dabei nicht selbst an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil, sondern erbringt Leistungen durch seine Mitglieder und teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

**DKG:** Netzverbände sind regionale Zusammenschlüsse von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Um eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung und Erleichterung bei den Übergängen zwischen den Sektoren sicherzustellen, sind Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus mit psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtung sowie Ergotherapeuten, Soziotherapeuten und Pflegefachpersonen zu schließen. Inhalt der Kooperationsverträge können u.a. Vereinbarungen über die jeweilige Erreichbarkeit, die vorhandenen Kapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie Absprachen zur gegenseitigen Information und Prozessgestaltung (beispielsweise des Sektorenübergangs) sein. Mit dem Netzverbund wird eine organisatorische Einheit geschaffen. Der Netzverbund nimmt dabei nicht selbst an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil, sondern erbringt Leistungen durch seine Mitglieder und teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. In § 4 werden Regelungen zur Zusammensetzung eines Netzverbundes getroffen.

#### Absatz 1

**GKV-SV:** In Absatz 1 wird die Bildung eines regionalen Netzverbundes als Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie definiert, dessen Mitglieder eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung gewährleisten sollen. Um diesem Ziel gerecht zu werden, sollte der Netzverbund eine kritische Größe nicht überschreiten.

Der Netzverbund ist regional auszulegen, damit Patientinnen und Patienten die verschiedenen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des Netzverbundes erreichen können. Sowohl die Arztgruppe der Nervenärzte, zu der die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde und die Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie gehören, als auch die Arztgruppe der Psychotherapeuten, die die ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasst, werden im Rahmen der Bedarfsplanung auf Kreisebene geplant (vgl. § 12 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Der Ausgangspunkt für die Bewertung der Regionalität sollte daher der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt sein; angrenzende Kreise können dabei eingebunden werden. Darüber hinaus sind bei einer Bewertung des regionalen Netzverbundes die spezifischen Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

Sehr große, lose Verbände, in denen die einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur sporadisch zusammenarbeiten, werden dem Ziel einer verbesserten und berufsgruppenübergreifenden, koordinierten sowie strukturierten Versorgung nicht gerecht.

**KBV:** In Absatz 1 wird die Bildung eines regionalen berufsgruppenübergreifenden Netzverbundes als Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V

definiert. Ergänzend wird für die Beschreibung der Regionalität eine „wohnortnahe“ Versorgung vorgesehen. Da mindestens 30 Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten einen Netzverbund bilden, ist eine entsprechende räumliche Abdeckung gewährleistet, um gut erreichbare und wohnortnahe Angebote anbieten zu können. Aufgrund der Größe des Netzverbundes kann gleichzeitig ein entsprechend ausdifferenziertes und umfassendes Versorgungsangebot zur Verfügung gestellt werden.

**DKG:** Kern der Versorgung gemäß dieser Richtlinie ist die Bildung lokaler Zusammenschlüsse von verschiedenen Ärzten und Psychotherapeuten, die durch Kooperationsverträge mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern in ihrer Gesamtheit einen Netzverbund bilden, der regional Versorgungsverantwortung für anspruchsberechtigte Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie übernimmt. Damit soll die strukturierte Zusammenarbeit, der regelmäßige Austausch und eine Kooperation auf Augenhöhe der verschiedenen beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erreicht werden, um den besonderen Bedarfen insbesondere schwer psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen und eine bestmögliche Behandlung sicherzustellen.

**PatV:** In Absatz 1 wird die Bildung eines regionalen Netzverbundes als Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V definiert, dessen Mitglieder eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung gewährleisten sollen. Um diesem Ziel gerecht zu werden, sollte der Netzverbund eine kritische Größe nicht überschreiten.

Der Netzverbund ist regional auszulegen, damit Patientinnen und Patienten die verschiedenen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des Netzverbundes erreichen können. Sowohl die Arztgruppe der Nervenärzte (Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie), als auch die Arztgruppe der Psychotherapeuten (überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischen Psychotherapeuten sowie, hier nicht relevant, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) werden im Rahmen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf Kreisebene geplant (vgl. § 12 Bedarfsplanungs-Richtlinie); der Ausgangspunkt für die Bewertung der Regionalität sollte daher der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt sein. Angrenzende Kreise können dabei eingebunden werden, darüber hinaus sind bei einer Bewertung des regionalen Netzverbundes die spezifischen Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

Sehr große, lose Verbünde, in denen die einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur sporadisch zusammenarbeiten, werden dem Ziel einer verbesserten und berufsgruppenübergreifenden, koordinierten sowie strukturierten Versorgung nicht gerecht.

Der Netzverbund gewährleistet eine vernetzte Behandlung von schwer psychisch erkrankten Menschen; hierbei findet auch die regionale Verteilung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Berücksichtigung, so dass Patientinnen und Patienten unnötige Wege erspart werden.

## Absatz 2

**GKV-SV:** In Absatz 2 werden die Grundsätze der Versorgung nach dieser Richtlinie dargestellt. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben einen individuellen Behandlungsbedarf, der in dem Netzverbund berufsgruppenübergreifend erfüllt werden soll. Hierfür wird von einer Bezugsärztin oder einem Bezugsarzt ein Gesamtbehandlungsplan erstellt, der

die verschiedenen Behandlungselemente der verschiedenen Berufsgruppen enthält und auf der Grundlage der Behandlungsziele ausrichtet. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt arbeitet eng mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person zusammen, die die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Behandlung unterstützt und zur Fortsetzung der Behandlung motiviert.

**KBV:** In Absatz 2 werden die Grundsätze der Versorgung nach dieser Richtlinie dargestellt. Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen haben einen individuellen Behandlungsbedarf, der in dem regionalen Netzverbund berufsgruppenübergreifend erfüllt werden soll. Hierfür wird von einer Bezugsärztin oder einem Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten in einem patientenindividuellen Behandlungsteam ein Gesamtbehandlungsplan erstellt, der die verschiedenen Behandlungselemente der verschiedenen Berufsgruppen enthält und auf der Grundlage der Behandlungsziele ausrichtet. Behandlungsteams bestehen mindestens aus einer Ärztin oder einem Arzt und einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten sowie individuell hinzuzuziehenden Gesundheitsberufen und Einrichtungen.

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut kann durch eine koordinierende Person unterstützt werden, die die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Behandlung unterstützt und auch zur Fortsetzung der Behandlung motiviert.

**DKG:** In Absatz 2 werden die Grundsätze der Versorgung nach dieser Richtlinie dargestellt. Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen haben einen individuellen Behandlungsbedarf, der in einem regionalen Netzverbund berufsgruppenübergreifend erfüllt werden soll. Hierfür wird von einer Bezugsärztin oder einem Bezugsarzt ein Gesamtbehandlungsplan erstellt, der die verschiedenen Behandlungselemente der verschiedenen Berufsgruppen enthält und auf der Grundlage der Behandlungsziele ausrichtet.

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt übernimmt dabei auch eine koordinierende Funktion, um die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Behandlung zu unterstützen und zur Fortsetzung der Behandlung zu motivieren. Hierbei können auch weitere Personen im Rahmen der Delegation tätig werden.

**PatV:** In Absatz 2 werden die Grundsätze der Versorgung nach dieser Richtlinie dargestellt. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben einen individuellen Behandlungsbedarf, der in dem Netzverbund berufsgruppenübergreifend erfüllt werden soll. Hierfür wird von einer Bezugsärztin oder einem Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten ein Gesamtbehandlungsplan erstellt, der die verschiedenen Behandlungselemente der verschiedenen Berufsgruppen enthält und auf der Grundlage der Behandlungsziele ausrichtet.

Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut arbeitet eng mit einer koordinierenden Person zusammen, die die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Behandlung unterstützt und zur Fortsetzung der Behandlung motiviert.

### Absatz 3

**GKV-SV:** In Absatz 3 werden die Mindestanforderungen hinsichtlich der zu beteiligenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer festgelegt. In einem Netzverbund sind als Ver-

tragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Nervenheilkunde oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und darüber hinaus mindestens eine ärztliche oder ein ärztlicher oder eine psychologische oder ein psychologischer Psychotherapeut zu beteiligen. Neben den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten ist mindestens ein Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V und mindestens eine soziotherapeutische Leistungserbringerin oder ein soziotherapeutischer Leistungserbringer, eine Ergotherapeutin oder ein Ergotherapeut oder eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer, der oder die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat einzubinden. Durch die Beschränkung auf eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer der Ergotherapie, Soziotherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege soll vermieden werden, dass Netzverbände nicht gegründet werden können, weil nicht alle Berufsgruppen eingebunden sind.

Bei den getroffenen Regelungen handelt es sich um Mindestvorgaben; diese sollten auch in dünner besiedelten, ländlichen Regionen ein Angebot an Netzverbänden ermöglichen. Damit auch kleine Netzverbände eine relevante Versorgung entfalten können, müssen die vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungserbringern und Leistungserbringer jeweils mindestens im Umfang eines vollen Versorgungsauftrages gemäß § 19a Ärzte-ZV beteiligt sein. Die Erfüllung des Versorgungsauftrags kann auch durch mehrere Leistungserbringern und Leistungserbringer je Fachgruppe erbracht werden. Die Zielsetzung dieser Regelungen ist, einerseits die Versorgung der Patientinnen und Patienten besser zu strukturieren und die Leistungserbringern und Leistungserbringer zu vernetzen ohne andererseits strukturschwächeren Regionen auf Grund weitreichender Vorgaben, die nicht überall erfüllt werden können, die Möglichkeit zu nehmen, dass sich dort entsprechende Netzverbände bilden.

Die Mitglieder des Netzverbundes schließen einen Netzverbundvertrag, in dem sich alle beteiligten Leistungserbringern und Leistungserbringer auf gemeinsame Regelungen und Standards, insbesondere gemäß § 7 verständigen. Klare, vertragliche Festlegungen zur Aufteilung der Aufgaben und von Entscheidungsregelungen führen zu mehr Transparenz und erhöhen die Intensität der Verbindlichkeit. Mit dem Netzverbund wird eine organisatorische Einheit geschaffen, die nicht selbst an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnimmt, sondern die Leistungen durch seine Mitglieder erbringt. Die Leistungserbringern und Leistungserbringer im Netzverbund können einen Zeichnungsberechtigten bestimmen, der Änderungen des Netzverbundvertrags mit weiteren oder ausscheidenden Leistungserbringern und Leistungserbringern vereinbart.

**KBV:** Aus den Erfahrungen mit vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Netzen in der vertragsärztlichen Versorgung als auch aus Innovationsfondsprojekten des G-BA erscheint eine kritische Mindestgröße von 15 Ärztinnen oder Ärzten und 15 Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten erforderlich. Auf diese Weise kann die Stabilität des Versorgungsangebots auch bei Ein- und Austritten von Netzmitgliedern sichergestellt werden. Relevant ist dabei der lokale bzw. regionale Bezug des Netzverbundes, der sich auf Teilgebiete eines Bundeslandes bezieht. Die Abgrenzung dieser Teilgebiete sollte aus Versorgungsgesichtspunkten wie zum Beispiel räumlichen oder infrastrukturellen Besonderheiten erfolgen und muss nicht notwendigerweise an den Grenzen einer Gebietskörperschaft innerhalb eines Landes ausgerichtet sein.

Während die Anforderungen an die Mindestgröße in Verdichtungsgebieten unproblematisch erscheint, können regionale Besonderheiten Abweichungen erforderlich machen. Aufgrund regionaler Gegebenheiten wie insbesondere räumlichen Faktoren oder infrastrukturellen Besonderheiten kann von der Mindestgröße abgewichen werden.

Diesem Umstand wird in der Richtlinie in § 4 Absatz 3 explizit Rechnung getragen, wonach regionale Abweichungen ermöglicht werden.

**DKG:** In Absatz 3 werden die Anforderungen hinsichtlich der zu beteiligenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer festgelegt. Der Netzverbund ist regional auszulegen, damit Patientinnen und Patienten die verschiedenen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des Netzverbundes wohnortnah erreichen können. Um ein ausreichendes und stabiles Versorgungsangebots sicherzustellen, ist eine kritische Mindestgröße für die Anzahl der teilnehmenden Vertragsärzte bzw. Psychotherapeuten erforderlich. Aufgrund mangelnder empirischer Erfahrungswerte werden hierfür jeweils sechs Vertragsärzte- bzw. Psychotherapeuten festgelegt. Von einer höheren Mindestanzahl ist abzusehen, da die Gefahr besteht, dass sich so in weniger bevölkerungsdichten Regionen kein Netzverbund bilden kann.

Relevant ist dabei jeweils der lokale bzw. regionale Bezug des Netzverbundes, der sich auf Teilgebiete eines Bundeslandes bezieht. Die Abgrenzung dieser Teilgebiete sollte aus Versorgungsgesichtspunkten erfolgen und muss nicht notwendigerweise an den Grenzen einer Gebietskörperschaft innerhalb eines Bundeslandes ausgerichtet sein.

**PatV:** Um ein Angebot gemäß dieser Richtlinie sicherstellen zu können, sind in einem Netzverbund mindestens fünf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit der Weiterbildung als Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, als Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde oder als Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Neurologie beteiligt. Darüber hinaus müssen mindestens drei ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten beteiligt sein. Neben den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten ist mindestens ein Krankenhaus mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz gemäß § 118 SGB V und regionaler Versorgungsverpflichtung sowie mindestens eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer für Soziotherapie, eine Ergotherapeutin oder ein Ergotherapeut oder eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer gemäß der Rahmenvereinbarung nach § 132a SGB V, der Pflegefachkräfte mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung beschäftigt und insofern Leistungen der psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege erbringt, einzubinden. Bei den getroffenen Regelungen handelt es sich um Mindestvorgaben.

Die Zahl der mindestens erforderlichen Beteiligten soll gewährleisten, dass das Netzwerk zur Erfüllung seiner Aufgaben tatsächlich in der Lage ist, aber auch sicherstellen, dass für die Behandlung der vorgesehenen Zielgruppe auch verschiedene Personen zur Verfügung stehen, um den individuellen Wünschen und Präferenzen gerecht werden zu können.

Die Erfüllung des Versorgungsauftrags kann auch durch mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer je Fachgruppe erbracht werden. Die Zielsetzung dieser Regelungen ist, einerseits die Versorgung der Patientinnen und Patienten besser zu strukturieren und die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu vernetzen, ohne andererseits strukturschwächeren Regionen auf Grund weitreichender Vorgaben, die nicht überall erfüllt werden können, die Möglichkeit zu nehmen, dass sich dort entsprechende Netzverbände bilden.

Die Mitglieder des Netzverbundes schließen einen Netzverbundvertrag, in dem sich alle beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auf gemeinsame Regelungen und Standards, insbesondere gemäß § 7 verständigen. Klare, vertragliche Festlegungen zur Aufteilung der Aufgaben und von Entscheidungsregelungen führen zu mehr Transparenz und erhöhen die Intensität der Verbindlichkeit. Mit dem Netzverbund wird eine organisatorische Einheit geschaffen, die nicht selbst an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnimmt, sondern die Leistungen durch seine Mitglieder erbringt. Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Netzverbund können einen Zeichnungsberechtigten bestimmen, der Änderungen des Netzverbundvertrags mit weiteren oder ausscheidenden eine Leistungserbringerin oder Leistungserbringern vereinbart.

#### Absatz 4 (Position GKV-SV)

**GKV-SV:** In Absatz 4 wird die Beteiligung der psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V an der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung geregelt. Psychiatrische Institutsambulanzen haben zwei Wege der Beteiligung an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V; sie können neben den Leistungen im Umfang ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt stellen und in diesem Fall eine koordinierende Aufgabe übernehmen, oder sie können ausschließlich Leistungen im Umfang ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V erbringen.

Die Nummer 1 in Absatz 2 regelt den Fall, dass eine psychiatrische Institutsambulanz die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt stellt und Koordinationsleistungen erbringt. In diesem Fall muss in der psychiatrischen Institutsambulanz eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Nervenheilkunde oder eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie mindestens 25 Stunden pro Woche als Bezugsärztin oder Bezugsarzt verfügbar sein. Darüber hinaus ist eine nichtärztliche Koordinatorin oder ein nichtärztlicher Koordinator gemäß § 9 in der psychiatrischen Institutsambulanz tätig. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen teilt die psychiatrische Institutsambulanz vor erstmaliger Leistungserbringung, d.h. vor der Aufnahme der bezugsärztlichen und koordinierenden Tätigkeit, den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Zulassungsausschuss mit. Die psychiatrische Institutsambulanz informiert die vorgenannten Einrichtungen auch bei einer Nichterfüllung, so dass sich in der Folge ein Aussetzen der Leistungserbringung durch die psychiatrische Institutsambulanz ergeben kann. Bei Netzverbänden, die die Landes- oder KV-Grenzen überschreiten, erfolgt eine Meldung an die Landesverbände und den Zulassungsausschuss, in dem der überwiegende Teil der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer tätig ist; die weitere betroffene KV wird durch die federführende KV über den Netzverbund informiert. Die Vereinbarungen nach § 120 auf Landesebene sind auf Grund des angepassten Leistungsspektrums anzupassen.

Die Nummer 2 in Absatz 2 regelt den Fall, dass eine psychiatrische Institutsambulanz ausschließlich Leistungen im Umfang ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie übernimmt. In diesem Fall ist ebenfalls der Netzverbundvertrag zu schließen; dieser wird von dem Netzverbund gemäß Absatz 8 der Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegt.

**DKG:** Keine Übernahme der GKV-Position. Begründung: PIA sind kein eigenständiges Organisationskonstrukt. Gemäß § 118 SGB V sind psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Psychiatrische Krankenhäuser

*und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung nach Maßgabe der jeweiligen Voraussetzungen des § 118 Absatz 1 bis 4 SGB V ermächtigt beziehungsweise vom Zulassungsausschuss zu ermächtigen. Im Falle der PIA ist der jeweilige Krankenhausträger Inhaber und Träger der Ermächtigung im Sinne des § 118 SGB V, [welche die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bewirkt]. Insoweit sind Kooperationsverträge mit dem Krankenhausträger abzuschließen. Es ist immer die Einrichtung „Krankenhaus“ maßgeblich, welche für die vertragsärztliche psychiatrische Versorgung ermächtigt ist. Deshalb kann ausschließlich das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus als kooperierender Vertragspartner im Rahmen der koordinierten Versorgung einbezogen werden, weswegen das Krankenhaus als Institution im Ganzen in diese Richtlinie aufgenommen wird.*

*Darüber hinaus haben PIA gemäß § 118 SGB V einen definierten gesetzlichen Auftrag Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die insbesondere wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch die Einrichtung bedürfen. Dieser ist durch die Regelungen dieser Richtlinie nicht auszuhebeln oder einzuschränken.*

*Ferner kann durch die Regelungen dieser Richtlinie keine Verpflichtung von PIA etabliert werden, entscheiden zu müssen, ob sie an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen oder nicht. Noch weniger können PIA zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung verpflichtet werden. Durch die Regelung in § 4 Absatz 4 wird die PIA nicht verpflichtet, an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilzunehmen oder Kooperationsvereinbarungen mit dem Netzverbund einzugehen.*

*Schließlich ist auch keine Anpassung möglicher Vereinbarungen auf der Landesebene vorzusehen. Aufgrund unterschiedlicher Interpretationen des Gesetzeswortlautes in § 120 Absatz 2 Satz 7 SGB V ist von etwaigen vorbestimmenden Aussagen Abstand zu nehmen. Selbst der Bundesrat hat in seiner Zustimmung zum Gesetz einer Reform der Psychotherapeutenausbildung im Rahmen der Begründung einer Entschließung (Drucksache 505/19 vom 8.11.2019) u. a. ausgeführt: „(...) Auch wenn ausdrücklich eine adäquate Vergütung von berufsgruppenübergreifenden Leistungen im vertragsärztlichen Bereich zu begrüßen ist, erscheinen grundsätzliche Festlegungen zur Vergütungsstruktur von PIAs im Rahmen eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung nicht sachgerecht. Nach jetziger Rechtslage erfolgt die Vergütung der PIAs unmittelbar von den Krankenkassen. Entsprechend § 120 Absatz 2 Satz 3 SGB V soll die Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit der PIAs bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Mit der Neuregelung wird eine bislang funktionierende Vergütungsfindung auf Landesebene durch eine bundeseinheitliche Vergütung abgelöst, ohne dass eine hiermit einhergehende Verbesserung erkennbar wäre.“*

#### Absatz 4 (Position KBV/DKG)

**KBV:** In Absatz 4 erfolgt die Beschreibung der Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes. Hierfür hat der Netzverbund Kooperationsverträge mit jeweils mindestens einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachkraft abzuschließen. Der Netzverbund arbeitet mit seinen Kooperationspartnern im Sinne einer gestuften Versorgung eng und vertrauensvoll zusammen, sofern die Schwere der Erkrankung oder fehlende Verfügbarkeit im Netzverbund dies erforderlich machen. Möglichkeiten der Ermächtigung können hierbei berücksichtigt werden.

**DKG:** Der Absatz 4 regelt, dass für das Zustandekommen eines Netzverbundes der Abschluss von Kooperationsverträgen mit weiteren Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern erforderlich ist. Dazu ist je Netzwerk mindestens ein Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen zu schließen. Die Definition für ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtung für Erwachsene ergibt sich aus § 17d Absatz 1 Satz 1 KHG. Demnach sind sowohl Fachkrankenhäuser als auch selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie „psychiatrische Einrichtungen“. Fachkrankenhäuser und selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind „psychosomatische Einrichtungen“. Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Eine bundeseinheitliche Definition für regionale psychiatrische Versorgungsverpflichtung steht nicht zur Verfügung. Ein typisches Merkmal ist die landesrechtliche Verpflichtung psychiatrischer Krankenhäuser/Fachabteilungen, Patientinnen und Patienten eines definierten regionalen Einzugsbereiches aufzunehmen:

- die nach den Unterbringungsgesetzen der Länder sowie nach dem BGB (Vormundschaft, Pflegschaft bzw. nach dem Betreuungsgesetz) eingewiesen werden,
- die stationär behandlungsbedürftig sind und sich freiwillig aufnehmen lassen wollen.

Die Regelungen zu den landesrechtlichen Verpflichtungen der Kliniken werden jeweils durch die einzelnen Bundesländer getroffen. Es handelt sich dabei in der Regel um eine über die alleinige Ausweisung des Krankenhauses im Krankenhausplan des Landes hinausgehende Pflicht zur regionalen psychiatrischen Versorgung.

Zusätzlich soll mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser über psychosomatische Kompetenzen verfügen. Dabei kann es sich um das Vorhandensein einer spezifischen Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie handeln oder aber eine entsprechende fachärztliche Kompetenz, z. B. durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Über den Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit mindestens einem Krankenhaus hinaus, sind weitere Kooperationsverträge mit jeweils mindestens einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson zu schließen.

Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen zur Kooperation nach § 7. Für die Zusammenarbeit können weitere mögliche Inhalte in den Verträgen zusätzlich vereinbart werden. Dazu gehören Vereinbarungen über die jeweilige Erreichbarkeit, die vorhandenen Kapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie Absprachen zur gegenseitigen Information und Prozessgestaltung (beispielsweise bei den Übergängen zwischen den Sektoren) sein. Denkbar sind auch Regelungen zur Nutzung von Leistungsangeboten z. B. des Krankenhauses, (z. B. Gruppentherapien).

Kern der Versorgung gemäß dieser Richtlinie ist die Bildung lokaler Zusammenschlüsse von verschiedenen Ärzten und Psychotherapeuten als Mitglieder eines Netzverbundes, die durch Kooperationsverträge mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern in ihrer Gesamtheit einen Netzwerk bilden.

**PatV:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*



## Absatz 5

**GKV-SV:** In Absatz 5 werden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen aufgelistet, die in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden können.

Die Vorgaben für den Netzverbund sehen in Absatz 3 vor, dass nur eine Ergotherapeutin oder ein Ergotherapeut, eine soziotherapeutische Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer sowie Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, eingebunden werden muss; Trotzdem kann es aber erforderlich sein, dass weitere der genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb des Netzverbundes für einzelne Patientinnen und Patienten tätig werden. Darüber hinaus kann die Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen, zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen und Wohneinrichtungen für psychisch Kranke sehr wichtig sein. Ein zentrales Element ist hierbei die Zustimmung der Patientin oder des Patienten beim Austausch zwischen der Einrichtung und den Mitgliedern des Netzverbundes.

**KBV/DKG:** In Absatz 5 werden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen aufgelistet, die ggf. in die Behandlung einbezogen werden sollten.

Die Vorgaben für den Netzverbund sehen in Absatz 1 vor, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege eingebunden werden können. Gleichzeitig wird vorgesehen, dass nur **[DKG jeweils]** eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer dieser Berufsgruppen eingebunden werden muss. Durch diese Regelung soll vermieden werden, dass Netzverbände nicht gegründet werden können, weil nicht alle Berufsgruppen eingebunden sind. Trotzdem kann es aber erforderlich sein, dass Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb des Netzes für einzelne Patientinnen und Patienten tätig werden. Darüber hinaus kann die Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen, zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen und Wohneinrichtungen für psychisch Kranke sehr wichtig sein. Ein zentrales Element ist hierbei die Zustimmung der Patientin oder des Patienten beim Austausch zwischen der Einrichtung, der Koordinatorin oder dem Koordinator, der Ärztin oder dem Arzt sowie der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten.

Der Umfang dieser nicht abschließenden Aufzählung macht deutlich, welche besondere Bedeutung der Koordinationsfunktion bei der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten zukommt. Damit Behandlungsteams nicht selbst erstmalige Verbindungen zu den benannten Gesundheitsberufen und Einrichtungen aufbauen müssen, soll der Netzverbund Absprachen zur Verfügbarkeit sowie zu Grundsätzen zur Zusammenarbeit mit diesen treffen. **[KBV:** Behandlungsteams können damit auf eine durch den Netzverbund geschaffene lokale bzw. regionale Infrastruktur der Zusammenarbeit zurückgreifen. Zur Versorgung von jungen Erwachsenen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sind Fachärztinnen oder Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten aus Gründen der Transition gesondert erwähnt.]

**PatV:** In Absatz 5 werden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen aufgelistet, die ggf. in die Behandlung einbezogen werden sollten.

Die Mindestvorgaben für das Zustandekommen eines Netzverbands nach Absatz 1 können ggf. nicht alle erforderlichen fachärztlichen, psychotherapeutischen und nicht-ärztlichen Leistungen durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des Netzverbundes sicherstellen. Daher sollen Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen nach § 3 Absatz 1 und 4 in diesem Fall zu der Versorgung hinzugezogen werden; zudem sollen mit diesen Kooperationsabsprachen dahingehend erfolgen, dass diese auch an den patientenorientierten Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 1 Nr. 10 teilnehmen.

Darüber hinaus werden sehr häufig bei der von dieser Richtlinie adressierten Patientengruppe weitere Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs des SGB V erforderlich sein oder zugleich erbracht werden. Daher ist in § 1 Absatz 3 Nr. 8 auch der strukturierte Austausch und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V ein Ziel dieser Richtlinie. Es muss vermieden werden, dass die jeweiligen Interventionen zueinander in Konflikt geraten. Zur Abstimmung zwischen den beteiligten Akteuren kann es zum Beispiel erforderlich werden, die Beteiligung an Fallgesprächen strukturell zu verabreden oder über die koordinierende Bezugsperson regelmäßig zu kommunizieren. Zu den relevantesten Einrichtungen außerhalb des SGB V gehören in der Regel Sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste, wo sie vorhanden sind, Psychosoziale und Sucht-Beratungsstellen, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben und Selbsthilfeorganisationen. Diese Kategorisierung dient einer Systematisierung möglicher Kooperationspartner und ist nicht abschließend zu verstehen.

Der Netzverbund soll anstreben, mit Organisationen aus diesen Leistungsbereichen Absprachen zu treffen; der Nachweis über den Versuch ist bei der Zulassung eines Netzverbundes durch die Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen. Gelingen solche Absprachen nicht aufgrund der Weigerung eines oder mehrerer Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer der genannten Bereiche, kann ein Netzverbund dennoch zugelassen werden.

Auch die Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen, zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen und Wohneinrichtungen für psychisch Kranke kann sehr wichtig sein.

Ein zentrales Element ist bei allen Kooperationsabsprachen die Zustimmung der Patientin oder des Patienten beim Austausch zwischen der Einrichtung, der koordinierenden Bezugsperson, der Ärztin oder dem Arzt sowie der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten.

#### Absatz 6

**GKV-SV:** In Absatz 6 wird eine Regelung getroffen, die sich ausschließlich auf die Behandlungen von sucht- und substanzbezogenen Störungen bezieht (§ 2 Absatz 1 Nummer 1). Schwere Ausprägungsgrade von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gemäß ICD-10 Kapitel F1) können zu erheblichen psychosozialen Einschränkungen mit intensiver Inanspruchnahme des Versorgungssystems und somit zu einem komplexen Behandlungsbedarf führen. Die Behandlung dieser Erkrankungen erfordert primär eine störungsspezifische Therapie durch suchtmedizinisch und suchttherapeutisch spezialisierte Therapeutinnen oder Therapeuten. Für die Behandlung steht ein differenziertes und störungsspezifisch ausgerichtetes, gut funktionierendes Behandlungs- und Beratungssystem zur Verfügung (z.B. für die Akutbehandlung: stationäre oder ambulante Entgiftung, qualifizierte Entzugsbehandlung, oder für die Postakutbehandlung: ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung/Rehabilitation, Adaptionsbehandlung als

zweite Phase der medizinischen Rehabilitation, medikamentöse Rückfallprophylaxe, Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen usw.).

Um für Versicherte mit schweren psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und daraus resultierendem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, die nach dieser Richtlinie behandelt werden sollen, einen schnellen und koordinierten Zugang zu suchtspezifischen Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen zu ermöglichen, wird an dieser Stelle klargestellt, dass es in diesen Fällen erforderlich ist, dass die im Netzwerk teilnehmende Leistungserbringerin oder der teilnehmende Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 (zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V) oder nach § 4 Absatz 3 Satz 3 (zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene) auch regelmäßig qualifizierte Entzugsbehandlungen Abhängigkeitskranker (gemäß OPS-Kode 9-647) durchführt und dass Suchtberatungsstellen in den Netzwerk einbezogen sind.

**KBV/DKG/PatV:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Absatz 7

**GKV-SV/PatV:** In Absatz 7 werden Vorgaben zur Prüfung der formalen Voraussetzungen gemäß §§ 4, 6 und 7 der Netzverbände gemacht. Die Prüfung erfolgt durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung; hierfür ist der Netzwerkvertrag vorzulegen. Bei Erfüllung der Vorgaben wird durch die Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung zur Teilnahme der Mitglieder des Netzverbundes an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V erteilt.

**KBV:** In Absatz 7 werden verschiedene formale Grundsätze des Netzverbands und die Art der Prüfung der Erfüllung der Vorgaben festgelegt. Der Netzwerk ist ein vertraglicher Zusammenschluss verschiedener Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer; die Prüfung der Voraussetzungen einschließlich des Netzwerkvertrages nach § 4 Absatz 1 und der Kooperationsverträge nach § 4 Absatz 4 erfolgt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die auch eine Genehmigung zur Teilnahme der Mitglieder des Netzverbundes an der neuen Versorgungsform erteilt.

**DKG:** Es wird festgelegt, dass die beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Netzwerk bilden, zur Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind, wenn sie die Voraussetzungen gemäß § 3 und 4 erfüllen. Für die Bildung eines Netzverbundes sind mangels gesetzlicher Grundlage und Erfordernis keine weiteren Genehmigungsverfahren vorzusehen. Der Netzwerk stellt keinen eigenständigen Leistungserbringer dar und für jede Leistungserbringerin und jeden Leistungserbringer gelten die jeweiligen leistungsrechtlichen Grundlagen. Darüber hinaus ist aktuell kein Gremium oder keine Institution vorhanden, was/welche durch eine sektorenübergreifende paritätische Besetzung und Zuständigkeit die Wahrung der jeweiligen Interessen sicherstellt. Vor diesem Hintergrund wird vor der Etablierung eines Genehmigungsverfahrens für die Netzverbände abgesehen.

#### Absatz 8

**GKV-SV/PatV:** In Absatz 8 werden Festlegungen zur Anzeige von Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes und des dadurch ggf. bedingten Entzugs der Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie getroffen. Da bei Unterschreitung der

in Absatz 3 definierten Mindestvoraussetzungen für die Bildung eines Netzverbundes die angestrebte multiprofessionelle Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gewährleistet werden kann, ist dies der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.

**GKV-SV:** Die Kassenärztliche Vereinigung hat in diesem Fall die Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu entziehen.

Werden die Mindestvoraussetzungen für die Bildung eines Netzverbundes durch eine Veränderung in der Zusammensetzung nicht unterschritten, ist die Aufnahme neuer oder das Ausscheiden von Mitgliedern der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb von drei Monaten anzuzeigen. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass auch bei einer veränderten Zusammensetzung des Netzverbundes die angestrebte berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung nach dieser Richtlinie aufrechterhalten werden kann.

**PatV:** Die Kassenärztliche Vereinigung hat in diesem Fall nach 6 Monaten die Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu entziehen, wenn die Wiedererfüllung der Mindestvoraussetzungen in dieser Zeit durch den Netzwerk nicht angezeigt wird.

Der Netzwerk hat dafür Sorge zu tragen, dass die weitere Versorgung von Patientinnen und Patienten auch dann sichergestellt wird, wenn die Mindestvoraussetzungen vorübergehend nicht erfüllt werden oder wenn die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung entzieht.

Werden die Mindestvoraussetzungen für die Bildung eines Netzverbundes durch eine Veränderung in der Zusammensetzung nicht unterschritten, ist die Aufnahme neuer oder das Ausscheiden von Mitgliedern der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb von drei Monaten auch zur Herstellung der notwendigen Transparenz nach Absatz 9 anzuzeigen.

**KBV/DKG:** *keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Absatz 9

**GKV-SV:** Damit eine größere Publizität des Versorgungsangebots erreicht wird, teilen die Netzverbände den Kassenärztlichen Vereinigungen die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie und ihre Erreichbarkeit zur Veröffentlichung im Internet mit.

Die Zeiten der Erreichbarkeit sind zentraler Bestandteil des zu veröffentlichenden Verzeichnisses der Netzverbände; dies bietet den Patientinnen und Patienten die Gelegenheit sich schnell über das regionale Angebot an Netzverbänden zu informieren und unterstützt damit einen zeitnahen Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie.

**KBV/DKG:** Damit eine größere Publizität des Versorgungsangebots erfolgt, teilen die Netzverbände den Kassenärztlichen Vereinigungen [**DKG:** und den zuständigen Landeskrankenhausesgesellschaften] die Teilnahme an der neuen Versorgung und ihre Erreichbarkeit zur Veröffentlichung im Internet mit.

**PatV:** Die Verantwortung des Netzverbundes für die Organisation der Leistungen nach dieser Richtlinie sowie für die Erreichbarkeit wird hervorgehoben. Damit eine größere Publizität und Transparenz des Versorgungsangebots erfolgt, teilen die Netzverbände den jeweils regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausesgesellschaften sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Veröffentlichung im Internet die für Patientinnen und Patienten sowie für überweisende und empfehlende Einrichtungen wesentlichen Informationen zum Versorgungsangebot mit.

## Absatz 10

**KBV:** Sowohl die Überleitung von der Regelversorgung in die Versorgung nach dieser Richtlinie als auch die Überleitung aus der Versorgung nach dieser Richtlinie in die Regelversorgung erfordern die enge Kooperation von bereits vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Im Patienteninteresse sind sowohl die Vortherapien zu berücksichtigen, als auch ein nahtloser Übergang in die Regelversorgung zu gewährleisten. Denn letztendlich würde sonst die Versorgung nach dieser Richtlinie zu einer weiteren Fragmentierung der Versorgungsstrukturen führen.

Gerade Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen sind häufig auf Behandlungen bei anderen Ärztinnen, Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten angewiesen und möchten diese durch das Eintreten in die Komplexversorgung nach dieser Richtlinie noch aufsuchen können bzw. nicht verlieren müssen. Aus diesem Grund sollen entsprechend den Regelungen dieses Absatzes diese Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in geeigneter Weise in die Behandlung einbezogen werden. Gleiches gilt für überweisende Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Auf diese Weise werden Brüche bei der Überleitung in die Versorgung nach Beendigung der Komplexbehandlung vermieden.

**PatV:** Um Versorgungsbrüche zu vermeiden, weil beispielsweise schon eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung im Rahmen einer Psychotherapie besteht, können diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt in die Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V einbezogen werden, wenn die Behandlung wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 Absatz 2 zum Zeitpunkt des Beginns der Versorgung nach dieser Richtlinie noch andauert. Diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer müssen in diesem Fall den Gesamtbehandlungsplan unterstützen und sich bereit erklären, an den Fallbesprechungen des Netzverbundes teilzunehmen, in denen die von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten thematisiert werden.

Das Gleiche gilt für ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Behandlung beteiligt werden sollen, obwohl sie dem Netzwerk nicht angeschlossen sind.

**GKV-SV/DKG:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung, vgl. § 9 Absatz 6*

### **2.2.2 § 5 Bezugärztin oder Bezugsarzt [KBV/PatV: und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut] [KBV: und Behandlungsteam]**

**GKV-SV:** Ein zentrales Element der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ist die Implementierung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes. Die Vielzahl an unterschiedlichen Versorgungsangeboten für psychische Erkrankungen trägt auch zur Unübersichtlichkeit des Versorgungssystems bei und birgt die Gefahr, dass eine zusätzliche Hürde für die Inanspruchnahme durch die Patientinnen und Patienten entsteht. Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt soll dem entgegenwirken, indem die unterschiedlichen Versorgungsangebote patientenindividuell aufeinander abgestimmt werden.

**KBV:** Ein zentrales Element der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ist neben der Bildung von patientenindividuellen Behandlungsteams insbesondere die Implementierung einer Be-

zugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten; diese oder dieser trägt die Verantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess der Versorgung.

**DKG:** Ein zentrales Element der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ist die Implementierung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes. Diese oder dieser trägt die Verantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess der Versorgung.

**PatV:** Ein zentrales Element der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ist die Implementierung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten; diese oder dieser trägt die Verantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess der Versorgung.

Die Vielzahl an unterschiedlichen Versorgungsangeboten für psychische Erkrankungen trägt auch zur Unübersichtlichkeit des Versorgungssystems bei und birgt die Gefahr, dass eine zusätzliche Hürde für die Inanspruchnahme durch die Patientinnen und Patienten entsteht. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut soll dem entgegenwirken, indem die unterschiedlichen Versorgungsangebote patientenindividuell aufeinander abgestimmt werden.

#### Absatz 1

**GKV-SV:** In Absatz 1 wird eine Definition der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes vorgenommen; er oder sie ist verantwortlich dafür, dass die diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt sind und ineinandergreifen. Die Rolle der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eine Fachärztin oder einen Facharzt für Nervenheilkunde oder eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie übernommen werden sowie durch die entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzte in einer psychiatrischen Institutsambulanz, die die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt stellt und die Koordination nach §§ 6 und 11 übernimmt. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt nimmt eine zentrale Rolle in der Versorgung nach dieser Richtlinie ein, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in eine geeignete Gesamtbehandlungsplanung einfließen lässt (vgl. § 10).

**KBV:** Brüche an den Übergängen der Versorgungssektoren, fehlende Personen-Kontinuität und die unzureichende Abstimmung von Versorgungs- und Behandlungsangeboten sind häufig berichtete Unzulänglichkeiten bei der Behandlung psychisch Erkrankter. Ziel der koordinierten Versorgung ist deshalb die Etablierung einer festen Bezugsärztin oder eines festen Bezugsarztes bzw. einer festen Bezugspsychotherapeutin oder eines festen Bezugspsychotherapeuten, die oder der für die Dauer der Behandlung als feste Ansprechpartnerin oder fester Ansprechpartner für die Patientin oder den Patienten zur Verfügung steht. Bezugsärztinnen, -ärzte bzw. Bezugspsychotherapeutinnen, -psychotherapeuten sind Mitglieder des Netzverbundes nach § 4 und sind in der Regel die oder derjenige, die oder den die Patientin oder der Patient zuerst aufsucht. Diese Rolle erfordert es nicht, unbedingt alle erforderlichen Leistungen selbst erbringen zu müssen. So kann diese Rolle durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten auch dann wahrgenommen werden, wenn beispielsweise eine erforderliche Verordnung einer medikamentösen Versorgung

durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt des Netzverbundes im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans vorgenommen wird. Der gesetzliche Auftrag, der ausdrücklich den psychotherapeutischen Koordinationsbedarf umfasst, wird umgesetzt, indem Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeutinnen und -therapeuten Diagnose, Indikationsstellung, die Koordination der Behandlung übernehmen können. Einschlägige berufsrechtliche Grenzen von Diagnostik und Therapie sind zu beachten und bleiben von den Bestimmungen dieser Richtlinie unberührt. Zwingende Voraussetzung ist eine enge fachliche Abstimmung von Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut und verordnender Vertragsärztin bzw. verordnendem Vertragsarzt. Maßgeblich für die Wahl des Bezugsarztes/-psychotherapeuten ist der Patientenwille.

Wesentliche Aufgabe des Bezugsarztes/-psychotherapeuten ist die Zusammenstellung und Koordination des patientenindividuellen Behandlungsteams sowie die Veranlassung der, sofern erforderlich, im Team erbrachten Diagnostik und Therapie. In den Absätzen 4 und 5 in Verbindung mit den § 10 und 11 werden die Aufgaben weiter konkretisiert und weisen die zu übernehmende Prozessverantwortung aus.

Hierzu gehört insbesondere die erforderliche Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Gesundheits(fach)berufe, die Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans, die Vereinbarung von Terminen, bei deren Einverständnis das Aufsuchen von Patientinnen und Patienten in ihrem häuslichen Umfeld, sofern gewünscht unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen, sowie die Aufrechterhaltung eines wöchentlichen persönlichen oder telefonischen Kontakts. Teile der Koordinationsaufgabe können nach § 6 an geeignete Gesundheits(fach)berufe delegiert werden.

**DKG:** In Absatz 1 wird eine Definition der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes vorgenommen. Brüche an den Übergängen der Versorgungssektoren, fehlende Kontinuität der Bezugspersonen und die unzureichende Abstimmung von Versorgungs- und Behandlungsangeboten sind häufig berichtete Herausforderungen bei der Behandlung psychisch Erkrankter. Deshalb wird für die Versorgung nach dieser Richtlinie eine feste Bezugsärztin oder ein Bezugsarzt etabliert, die/der für die Dauer der Behandlung als feste/r Ansprechpartner/in für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Die Rolle der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eine Fachärztin oder einen Facharzt für Nervenheilkunde oder eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie übernommen werden. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt nimmt für die Patientin oder den Patienten eine zentrale Rolle in der Versorgung nach dieser Richtlinie ein, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in eine Gesamtbehandlungsplanung einfließen lässt (vgl. § 10).

**PatV:** In Absatz 1 wird eine Definition der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten vorgenommen. Diese Aufgabe kann jeder oder jedem Beteiligten nach § 4 Abs. 3 Nr. 1 und 2 zukommen.

Bezugsarzt oder Bezugsärztin bzw. Bezugspsychotherapeut oder Bezugspsychotherapeutin kann aber auch ein entsprechende/r Facharzt/Fachärztin oder Psychotherapeut/in sein, die oder der in einer am Netzverbund beteiligten Psychiatrischen Institutsambulanz nach § 4 Abs. 3 Nr. 3 tätig ist.

Brüche an den Übergängen der Versorgungssektoren, fehlende Kontinuität der Bezugspersonen und die unzureichende Abstimmung von Versorgungs- und Behandlungsangeboten sind

häufig berichtete Unzulänglichkeiten bei der Behandlung psychisch Erkrankter. Ziel des Versorgungsprogramms ist deshalb die Etablierung eines festen Bezugsarztes bzw. eines festen Bezugspsychotherapeuten, der für die Dauer der Behandlung als feste/r Ansprechpartner\*in für die Patientin oder den Patienten zur Verfügung steht. Bezugsärzte bzw. -psychotherapeuten sind Mitglieder des Netzverbundes nach § 3. Die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes beziehungsweise der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten erfordert nicht unbedingt alle erforderlichen Leistungen selbst erbringen zu müssen. So kann die Rolle der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten durch eine psychologische Psychotherapeutin oder einen psychologischen Psychotherapeuten auch dann wahrgenommen werden, wenn beispielsweise eine erforderliche Verordnung einer medikamentösen Versorgung durch einen Vertragsarzt des Netzverbunds im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans vorgenommen wird. Dem gesetzlichen Auftrag, der ausdrücklich den psychotherapeutischen Koordinationsbedarf umfasst, wird dadurch Rechnung getragen, indem Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Bezugstherapeuten Diagnose, Indikationsstellung und die Koordination der Behandlung übernehmen können, so dass hier bereits die Bezugstherapeutin bzw. der Bezugstherapeut angelegt ist. Einschlägige berufsrechtliche Grenzen der Diagnostik und Therapie sind zu beachten und bleiben von der Richtlinie unberührt. Zwingende Voraussetzung ist hierfür die enge fachliche Abstimmung von Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und verordnender Vertragsärztin oder verordnendem Vertragsarzt. Maßgeblich für die Wahl der Bezugärztin/-therapeutin oder des Bezugsarztes/-therapeuten ist der Patientenwille.

Wesentliche Aufgabe der Bezugärztin/-therapeutin oder des Bezugsarztes/-therapeuten ist die Zusammenstellung und Koordination des patientenindividuellen Behandlungsteams sowie die Veranlassung der, sofern erforderlich, im Team erbrachten Diagnostik und Therapie. In Absatz 3 sowie in § 11 werden die Aufgaben weiter konkretisiert und weisen die zu übernehmende Prozessverantwortung aus.

## Absatz 2

**GKV-SV:** In Absatz 2 wird festgelegt, dass die Fachärztin oder der Facharzt, die oder der den Gesamtbehandlungsplan aufstellt, die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes innehat. Zudem wird die grundsätzliche Festlegung einer Fachärztin oder eines Facharztes als Bezugärztin oder Bezugsarzt für den gesamten Zeitraum der Versorgung adressiert, um die Kontinuität im diagnostischen und therapeutischen Prozess zu gewährleisten. Ist ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes notwendig, kann diese oder dieser ausschließlich zu einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, einer Fachärztin oder einem Facharzt für Nervenheilkunde oder einer Fachärztin oder einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie zu den entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten in einer psychiatrischen Institutsambulanz, die die Bezugärztin oder den Bezugsarzt stellt und die Koordination nach §§ 6 und 11 übernimmt, erfolgen.

**KBV:** Bezugärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut ist in der Regel dasjenige Netzmitglied, das die Eingangssprechstunde durchführt. Sollte das aufgrund fehlender Passung, fehlender fachlicher Expertise oder fehlender Kapazitäten zur Übernahme der Behandlung nach der Eingangssprechstunde nicht möglich sein, ist die Patientin oder der Patient an eine verfügbare Ärztin, einen verfügbaren Arzt bzw. Psychotherapeutin, Psychotherapeut im Netzverbund zu überweisen.



**DKG:** Bezugsärztin oder Bezugsarzt ist in der Regel dasjenige Netzmitglied, das die Eingangssprechstunde durchführt. Sollte das aufgrund fehlender Passung von Patient zu Bezugsärztin oder Bezugsarzt, fehlender fachlicher Expertise oder fehlender Kapazitäten zur Übernahme der Behandlung nach der Eingangssprechstunde nicht möglich sein, muss die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung seiner Präferenzen festgelegt werden. Im Folgenden ist die Patientin oder der Patient an der festgelegten Ärztin oder den festgelegten Arzt im Netzverbund zu übermitteln.

**PatV:** In Absatz 2 wird geregelt, dass der Netzverbund durch geeignete Regelungen sicherzustellen hat, dass aus dem Kreis der am Netzverbund beteiligten Fachärztinnen oder Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten eine Person bestimmt wird, die die Aufgabe der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernimmt. Dabei sind geeignete Regelungen insbesondere solche, die für die Festlegung der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten keine starre Regelung vorsehen und eine Abstimmung mit der Patientin oder des Patienten beinhalten.

Dies wird bereits in der Eingangssprechstunde mit der Feststellung, dass die Voraussetzung zur Versorgung nach dieser Richtlinie vorliegen, geklärt.

### Absatz 3

**KBV:** Für die Versorgung der Patientin oder des Patienten ist ein patientenindividuelles Behandlungsteam erforderlich, da besonders schwer kranken Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf grundsätzlich einer interdisziplinären Expertise in einem Team bedürfen. Deshalb besteht das Behandlungsteam immer aus Ärztinnen und Ärzten nach § 3 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3 oder Nr. 5 sowie einer Psychotherapeutin und eines Psychotherapeuten nach § 3 Abs. 1 Nr. 4.

Das Behandlungsteam wird aus den Netzverbundmitgliedern entsprechend den Versorgungsbedarfen von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten zusammengestellt. Aufgrund der Größe des regionalen Netzverbundes können hier die entsprechenden Zeitkontingente und die entsprechenden Spezialisierungen zeitnah zur Verfügung gestellt werden. Zur Gewährleistung des erforderlichen patientenindividuellen Versorgungsangebots und des Versorgungsangebotes können insbesondere Krankenhäuser und andere Kooperationspartner in das Behandlungsteam einbezogen werden.

Das Behandlungsteam – in der individuell auf die Patientin oder den Patienten zentriert und abgestimmten Ausrichtung – gewährleistet klare und auf die Patientin oder den Patienten bezogene Kooperations- und Kommunikationsstrukturen und unterstützt die Umsetzung der Versorgung nach dieser Richtlinie.

**GKV-SV/DKG/PatV:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

### Absatz 4:

**GKV-SV:** In Absatz 4 werden die Aufgaben der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bestimmt.

Zu 1. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt stellt auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung und in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten den Gesamtbehandlungsplan

auf. Der Gesamtbehandlungsplan sollte in regelmäßigen Zeitabständen im Hinblick auf die Krankheitsentwicklung der Patientin oder des Patienten einer Prüfung unterzogen und ggf. angepasst werden. Die koordinierende Person ist hierbei einzubeziehen, da diese für das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, beispielsweise durch Terminvereinbarungen oder Motivierung der Patientin oder des Patienten zur Inanspruchnahme der Krankenbehandlung, verantwortlich ist.

Zu 2. Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt hat die Behandlung unverzüglich einzuleiten; entsprechend des patientenindividuellen Behandlungsbedarfs sind auch (teil-)stationäre Maßnahmen zu veranlassen. Denkbar sind hierbei beispielsweise auch aufsuchende Behandlungen durch psychiatrische Institutsambulanzen.

Zu 3. Schwere psychische Erkrankungen gehen oftmals auch mit somatischen Komorbiditäten einher. Aus diesem Grund ist durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt auch eine somatische Abklärung durchzuführen und auf eine ggf. erforderliche Behandlung der somatischen Komorbiditäten hinzuwirken.

**KBV/DKG:** Wesentliche Aufgabe der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes [**KBV:** bzw. der Bezugspsychotherapeutin und des Bezugspsychotherapeuten] ist die Koordination des Gesamtbehandlungsplanes.

**PatV:** In diesem Absatz werden die nach dieser Richtlinie spezifischen Aufgaben der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten aufgeführt.

Dies ist zunächst die Verantwortung für die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung eines patientenindividuellen Gesamtbehandlungsplan, der auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung zu erstellen ist. Die Patientin oder der Patient ist genauso wie weitere an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die koordinierende Person nach § 11 an der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans zu beteiligen; die Verantwortung verbleibt jedoch bei der Bezugsbehandlerin oder dem Bezugsbehandler.

Weiterhin trägt die Bezugsbehandlerin bzw. der Bezugsbehandler die Verantwortung für die Einleitung der sofortigen Therapie, gegebenenfalls auch Verordnung einer Krankenhausbehandlung oder Kooperation mit einer stationären Einrichtung beim Übergang zwischen den Sektoren (vgl. auch § 12).

Da schwere psychische Störungen nicht selten auch mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, sind diese zwingend im Rahmen der Differentialdiagnostik zu erheben. Eine Behandlung der somatischen Komorbiditäten kann nicht im Zuge der Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen; die Bezugsbehandlerin oder der Bezugsbehandler soll jedoch in einem engen Austausch zu der oder dem die somatischen Erkrankungen behandelnde/n Fachärztin oder Facharzt stehen, um möglich negative Effekte der Multimorbidität zu vermeiden. Soweit die Bezugsbehandlerin oder der Bezugsbehandler eine weitere somatische Abklärung oder Therapie für erforderlich hält, wird auch diese verantwortlich eingeleitet durch Kontaktaufnahme und Überweisung zur entsprechenden fachärztlichen Behandlung.

#### Absatz 5

**GKV-SV/DKG/PatV:** In Absatz 5 wird auf die Position der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes [**PatV:** bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] innerhalb des

Netzverbundes eingegangen. Diese/r ist im Versorgungsprozess verantwortlich für das Erstellen des Gesamtbehandlungsplans (vgl. § 10) und dafür, dass die verschiedenen Versorgungsangebote für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplans verknüpft und aufeinander bezogen werden. Die einzelnen Mitglieder des Netzverbundes erbringen dabei jeweils ihre Leistungen eigenverantwortlich.

**KBV:** Absatz 5 beschreibt die Funktion der Bezugärztin/des Bezugarztes bzw. der Bezugstherapeutin/des Bezugstherapeuten. Für die optimale Umsetzung des sektorenübergreifenden Versorgungsangebotes nach dem Gesamtbehandlungsplan bedarf es einer zentralen Koordinationsfunktion. Diese wird maßgeblich von der Bezugärztin/des Bezugarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin/des Bezugspsychotherapeuten übernommen.

### **2.2.3 § 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten**

**Alle:** Schwere psychische Erkrankungen gehen mit z. T. erheblichen Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags, der Selbstfürsorge, der Freizeit, im sozialen Miteinander und der beruflichen Leistungsfähigkeit einher. Viele dieser Patientinnen und Patienten sind krankheitsbedingt nicht in der Lage, die notwendigen Behandlungsmöglichkeiten eigenständig in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig verlieren sie im komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem den Überblick; die Inanspruchnahme der unterschiedlichen notwendigen Behandlungsmaßnahmen bei unterschiedlichen Berufsgruppen an unterschiedlichen Orten, stellt nicht nur für die Patientin oder den Patienten, sondern auch für die Behandlungsplanung eine besondere Herausforderung dar.

**GKV-SV/PatV:** Um die Patientinnen und Patienten bei diesen Herausforderungen zu unterstützen, wird die Rolle einer Koordinatorin oder eines Koordinators der Versorgung implementiert.

**PatV:** Wie auch zu § 6 (Gesamtbehandlungsplan) ausgeführt, ist es dabei von großer Bedeutung, dass die Patientin oder der Patient Vertrauen zu der koordinierenden Bezugsperson aufbauen kann oder bereits konnte. Dies kann ein wesentlicher Aspekt bei der Anerkennung und Annahme der Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson sein. Die koordinierende Bezugsperson wird daher patientenindividuell und in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten festgelegt.

**KBV:** Um die Patientinnen und Patienten bei diesen Herausforderungen zu helfen, kann die die Bezugärztin oder der Bezugarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut Teile der Koordinationsaufgaben an andere Personen übertragen.

#### Absatz 1

**GKV-SV:** In Absatz 1 werden zwei Möglichkeiten der Verortung der Koordinationsfunktion aufgegriffen. Da die Patientinnen oder Patienten oftmals neben der ärztlichen Leistung, auch praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet.

Zu 1. Im ersten Fall ist die nichtärztliche koordinierende Person direkt an die Praxis der Bezugärztin oder des Bezugarztes angebunden. Konkret bedeutet dies, dass der Bezugarzt der koordinierenden Person gegenüber disziplinarisch und inhaltlich weisungsbefugt ist. Die koordinierende Person und die Bezugärztin oder der Bezugarzt regeln die Tätigkeiten der

koordinierenden Person gemeinsam mit den anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im Netzverbundvertrag; die Art der Kommunikation und die Vergütung regeln hingegen die Bezugärztin oder der Bezugsarzt und die koordinierende Person in einem gesonderten Vertrag. Die koordinierende Person kann dabei selbständig tätig sein oder von der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt angestellt werden.

Zu 2. Im zweiten Fall wird die Koordination durch eine nichtärztliche Person innerhalb der psychiatrischen Institutsambulanz übernommen, sofern die psychiatrische Institutsambulanz die Bezugärztin oder den Bezugsarzt stellt und die Koordinationsfunktion übernimmt.

Diese enge Anbindung der koordinierenden Person verfolgt die Zielsetzung, einen engen Informationsaustausch zwischen Bezugärztin oder Bezugsarzt und Koordinatorin oder Koordinator sicherzustellen. Die Koordinatorin oder der Koordinator ist der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt weisungsgebunden; die Zielsetzung ist auch hier ein enger Austausch und eine begleitende Tätigkeit unter ärztlicher Anleitung. Die Koordinationsfunktion sollte für jede Patientin oder jeden Patienten grundsätzlich kontinuierlich durch dieselbe Person übernommen werden.

**KBV/DKG:** Die koordinierenden Aufgaben bei einer Versorgung nach dieser Richtlinie sind wesentlicher Bestandteil der berufsgruppenübergreifenden Komplexversorgung. Es ist nicht zu erwarten, dass die damit verbundenen, zeitaufwändigen Arbeiten wie die Organisation von Gruppentherapien, die Vermittlung von Behandlungsterminen oder aber auch das Aufsuchen der Patientinnen und Patienten in ihrer Häuslichkeit durchweg von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten und -psychotherapeutinnen oder -psychotherapeuten wahrgenommen werden können. Aus diesem Grund können Teile dieser Koordinationsarbeit an qualifizierte Fachkräfte delegiert werden, allerdings ohne dass dabei die Bedeutung der Behandlungskontinuität durch den Bezugsarzt **[KBV: /-therapeuten]** gefährdet werden darf. In Absatz 2 werden die für die Delegation entsprechender Aufgaben geeigneten Berufsgruppen benannt. Dies können auch entsprechend erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Praxisteam des anstellenden Vertragsarztes **[KBV: bzw. -psychotherapeuten]** sein. Aufgaben können insbesondere die Vernetzung der an der Versorgung Beteiligten, die Terminvereinbarung, die Versorgung in der Häuslichkeit oder die regelmäßige Kontaktaufnahme mit der Patientin oder dem Patienten sein. Der enge interprofessionelle Austausch zwischen Bezugsarzt / Bezugärztin **[KBV bzw. Bezugstherapeut / Bezugstherapeutin]** und beispielsweise Pflegefachpersonen oder Ergotherapeuten bereichert das Spektrum der Betreuungsmöglichkeiten und der Intensität der Versorgung im Sinne der Richtlinie und stellt sicher, dass die Patientin oder der Patient optimal begleitet wird, so dass die Therapieziele der **[KBV: Komplexbehandlung] [DKG: Versorgung nach dieser Richtlinie]** erreicht werden können.

**PatV:** In Absatz 1 werden drei Möglichkeiten der Verortung einer koordinierenden Bezugsperson aufgegriffen. Da die Patientinnen oder Patienten oftmals weniger ärztliche, als praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet.

Zu 1. Im ersten Fall ist die nichtärztliche koordinierende Person direkt an die Praxis der einer an der Behandlung beteiligten Ärztin bzw. Psychotherapeutin oder eines an der Behandlung beteiligten Arztes bzw. Psychotherapeuten angehängt.

Zu 2. Im zweiten Fall wird die Koordination durch eine nichtärztliche Person innerhalb der Psychiatrischen Institutsambulanz übernommen, sofern die Psychiatrische Institutsambulanz die an der Behandlung beteiligt ist.

Zu 3. Im dritten Fall ist koordinierende Bezugsperson eine an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerin oder ein an der Behandlung beteiligter Leistungserbringer der Ergotherapie, Soziotherapie oder der der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. In diesem Fall wird die koordinierende Leistung durch die Bezugsbehandlerin bzw. den Bezugsbehandler veranlasst.

Die Aufnahme dieser dritten Alternative ist deshalb geboten, weil bei entsprechender Indikationsstellung die Leistungen dieser Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson, wie sie in Absatz 3 aufgeführt sind, teilweise bereits umfassen. Dies gilt vor allem für die aufsuchenden und persönlichen Leistungen der koordinierenden Bezugsperson. Dadurch stehen die vorgesehenen Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson in engem Zusammenhang insbesondere mit den Leistungen der Soziotherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und haben dadurch eine berufsregelnde Tendenz, würde nicht auch diesen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Möglichkeit eingeräumt, die Aufgaben zu übernehmen. Weiterhin erfüllen diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bzw. das entsprechende Fachpersonal die Qualifikation, welche auch für angestellte nichtärztliche koordinierende Personen in Absatz 2 vorausgesetzt wird.

Für Patientinnen und Patienten, die Leistungen der Soziotherapie, psychiatrischen häuslichen Krankenpflege oder Ergotherapie erhalten, kann die Festlegung dieser Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer als koordinierende Person den Vorteil mit sich bringen, dass nicht mit noch einer weiteren Person ein vertrauensvoller Kontakt bis hinein in das persönliche Umfeld aufgebaut werden muss.

Soweit von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden soll, veranlasst die Bezugsbehandlerin oder der Bezugsbehandler die Leistung der koordinierenden Bezugsperson über eine Verordnung.

## Absatz 2

**GKV-SV:** In Absatz 2 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die die Koordinationsfunktion übernehmen können. Hierzu gehören neben medizinischen Fachangestellten, soziotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben, auch zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Pflegefachpersonen sowie Psychologinnen und Psychologen. Die hier aufgeführten Qualifikationen dienen ausschließlich der Definition der Voraussetzungen, die durch die koordinierende Person vorzuweisen sind. Die koordinierende Person wird im Rahmen ihrer Tätigkeit nach § 11 nicht als Heilmittelerbringer tätig.

Da es sich bei schweren psychischen Erkrankungen um komplexe Krankheitsbilder handelt, ist darüber hinaus eine fachspezifische Zusatzqualifikation nachzuweisen, aus der hervorgeht, dass Kenntnisse im Umgang mit psychischen Erkrankungen erworben wurden. Alternativ ist eine zweijährige einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich notwendig; hierbei können Ausbildungszeiten berücksichtigt werden.

**KBV:** In Absatz 2 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die Teile der Koordinationsaufgaben übernehmen können. Hierzu gehören neben Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen, zugelassenen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V und Pflegefachpersonen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 132a

SGB V auch medizinische Fachangestellte. Diese sollten über eine fachspezifischer Zusatzqualifikation und mindestens zwei Jahre Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen.

Alle Berufsgruppen sollten entweder über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen.

**DKG:** In Absatz 2 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die die Koordinationsfunktion übernehmen können. Bei den in Nummer 2. bis 4. genannten Berufsgruppen wird eine bestehende Qualifikation bei der Behandlung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten vorausgesetzt. Da es sich bei schweren psychischen Erkrankungen um komplexe Krankheitsbilder handelt, ist darüber hinaus bei Medizinischen Fachangestellten eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie / Psychosomatik / Psychotherapie oder alternativ eine zweijährige einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich erforderlich.

**PatV:** In Absatz 2 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die die Koordinationsfunktion übernehmen können. Hierzu gehören neben Pflegefachpersonen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, soziotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben, auch zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V, die Berufsgruppen entsprechend der Rahmenvereinbarung nach § 132a SGB V, die über eine Fachweiterbildung Psychiatrie oder sozialpsychiatrische Zusatzweiterbildung verfügen, oder Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben, medizinische Fachangestellte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen.

Da es sich bei schweren psychischen Erkrankungen um komplexe Krankheitsbilder handelt, ist darüber hinaus eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie / Psychosomatik / Psychotherapie oder alternativ eine zweijährige einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich notwendig. Für Angehörige von Berufsgruppen, die diese Qualifikation bereits nach den Voraussetzungen der §§ 124, 132a und 132b SGB V erfüllen, ist keine zusätzliche Qualifikation oder Berufserfahrung erforderlich.

### Absatz 3

**GKV-SV:** In Absatz 3 wird festgelegt, dass die Koordinatorin oder der Koordinator mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zu Verfügung stehen muss, um die Versorgungs- und Behandlungskontinuität zu gewährleisten und der Patientin oder dem Patienten eine zentrale Anlaufstelle zu bieten; wichtig ist hierbei, dass ausreichend zeitliche Kapazitäten für diese Patientengruppe zur Verfügung stehen.

Zudem wird geregelt, dass jeweils nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig im Rahmen der strukturierten Versorgung durch die koordinierende Person betreut werden. Dieser Vorgabe liegt die Einschätzung von Expertinnen und Experten zu Grunde, dass knapp 10 % der Behandlungsfälle einer psychiatrischen Praxis einer Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V bedürfen. Eine durchschnittliche psychiatrische Praxis wies in den letzten Jahren rund 500 bis 520 Behandlungsfälle im Quartal auf (Quelle: [www.kbv.de](http://www.kbv.de)); entsprechend ergibt sich eine Anzahl je Praxis von ca. 50 bis 52 Patientinnen und Patienten, deren Versorgung durch eine Koordinatorin oder einen Koordinator verbessert werden könnte. Steht die nicht-

ärztliche koordinierende Person mehr als 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsaufgaben zur Verfügung, erhöht sich die Anzahl der gleichzeitig höchstens zu betreuenden Patientinnen und Patienten entsprechend.

**PatV:** *Keine Übernahme. Begründung: In der Konzeption der PatV soll die Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson grundsätzlich von einer Person übernommen werden, die schon an der Behandlung beteiligt ist, nicht von einer zusätzlichen Person. Daher ist eine Regelung, die zu einer Hauptberuflichkeit in der Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson führt, nicht zielführend.*

**KBV/DKG:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

## 2.2.4 § 7 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

**Alle:** Eine verbesserte, nicht nur berufs[GKV-SV: gruppen]-, sondern auch sektorenübergreifende Kooperation kann zur Reduzierung bzw. Verhinderung von Versorgungsabbrüchen und unnötigen Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten führen. In § 7 wird daher festgelegt, dass Standards für die Zusammenarbeit im Netzwerk zu erarbeiten sind.

### Absatz 1

**Alle:** In Absatz 1 sind Vorgaben enthalten, die der Tätigkeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Netzwerk einen Rahmen geben.

**KBV:** Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Netzverbundes sind die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1, die sog. Netzmitglieder. Die verbindlichen Kooperationspartner nach § 4 Absatz 4 arbeiten mit dem Netzwerk eng und patientenorientiert zusammen. Nachfolgend werden die Aufgaben des Netzverbundes benannt.

### Zu 1.

**GKV-SV:** Da viele Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen häufig nicht nur ambulante Behandlungsangebote benötigen, sondern auch stationäre Aufenthalte [GKV-SV: erforderlich sein können], ist eine Koordination der Versorgung von besonderer Bedeutung. Daher wird mit dem ersten Punkt adressiert, dass die Koordination der Versorgung durch den Netzwerk nicht nur berufsgruppenübergreifend, sondern auch sektorenübergreifend zu erfolgen hat.

**KBV/DKG:** Da viele Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen häufig nicht nur ambulante Behandlungsangebote benötigen, sondern auch stationäre Aufenthalte erforderlich sein können, ist eine Koordination der Versorgung von besonderer Bedeutung. Daher wird mit dem ersten Punkt adressiert, dass die Koordination der Versorgung durch den Netzwerk nicht nur berufsgruppenübergreifend, sondern auch sektorenübergreifend zu erfolgen hat.

**PatV:** Da viele Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen häufig nicht nur ambulante Behandlungsangebote benötigen, sondern auch stationäre Aufenthalte erforderlich sein können, ist eine Koordination der Versorgung von besonderer Bedeutung. Daher wird mit dem ersten Punkt adressiert, dass die Koordination der Versorgung durch den Netzwerk nicht nur berufsgruppenübergreifend, sondern auch sektorenübergreifend zu erfolgen hat.

## Zu 2.

**KBV:** Durch ihre Mitglieder bieten Netzverbände Eingangssprechstunden für Patientinnen und Patienten an, die der Klärung der Frage dienen, ob eine Versorgung im Sinne der Richtlinie indiziert ist.

Da die Mitglieder des Netzverbundes allesamt Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind, können diese durch Patientinnen und Patienten direkt, auf Überweisung anderer Vertragsärzte und -psychotherapeuten oder auf Empfehlung von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen der Versorgung psychisch Kranker wie Kliniken oder gemeindepsychiatrische Verbände aufgesucht werden. Überweisungen oder Empfehlungen sollten sich an den Vorgaben zum Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie orientieren (§ 8).

**DKG:** Durch ihre Mitglieder bieten Netzverbände Eingangssprechstunden für Patientinnen und Patienten an, die der Klärung der Frage dienen, ob eine Versorgung im Sinne der Richtlinie indiziert ist.

Diese können von Patientinnen und Patienten direkt, auf Überweisung von Vertragsärzten und -psychotherapeuten oder auf Empfehlung von Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen der Versorgung psychisch Kranker aufgesucht werden. Überweisungen oder Empfehlungen sollten sich an den Vorgaben zum Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie orientieren (§ 8). Die Herstellung des Erstkontaktes im Rahmen der Eingangssprechstunde erfolgt zeitnah, in der Regel innerhalb von sieben Werktagen.

**PatV:** Für den möglichst schnellen Zugang soll der Netzverbund, nach einer Überweisung oder Empfehlung einen Zugang zu einer ersten Sprechstunde innerhalb von sieben Werktagen schaffen. Die näheren Umstände dieser Eingangssprechstunde werden in § 8 – Zugang geregelt.

**GKV-SV:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

## Zu 3.

**GKV-SV/KBV/PatV:** Damit die Patientinnen und Patienten möglichst schnell Klarheit über das weitere Vorgehen und die sich anschließende Behandlung erhalten, sollen die Diagnostik und der Beginn der Behandlung zeitnah erfolgen, d.h. innerhalb von einer Woche [**GKV-SV:** nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie]. Daran anknüpfende Regelungen für eine kontinuierliche Versorgung nach einer stationären Entlassung ergeben sich aus § 12.

**DKG:** Damit die Patientinnen und Patienten möglichst schnell eine geplante Behandlung beginnen können, sollen die Diagnostik und der Beginn der Behandlung zeitnah erfolgen, d.h. in der Regel innerhalb von einer Woche. Daran anknüpfende Regelungen für eine kontinuierliche Versorgung nach einer stationären Entlassung ergeben sich aus § 12.

## Zu 4.

**GKV-SV/KBV/PatV:** Die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen erfordert die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten. Der Netzverbund hat daher Standards zur geeigneten Patientenkommunikation, insbesondere zur Beteiligung der Erkrankten am Entscheidungsprozess der Behandlung zu vereinbaren. Zur Unterstützung der Kommunikation können beispielsweise Patienteninformationen dienen.



**DKG:** Die Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen erfordert die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten. Um die Patientin oder den Patienten dabei entsprechend zu unterstützen, hat der Netzverbund Standards zur geeigneten Patientenkommunikation, insbesondere zur Beteiligung der Erkrankten am Entscheidungsprozess der Behandlung zu vereinbaren. Zur Unterstützung der Kommunikation können beispielsweise indikationsspezifische Patientinformationen dienen.

#### Zu 5.

**GKV-SV/PatV:** Die Festlegung gemeinsamer Dokumentationsstandards erhöht die Verfügbarkeit und die Transparenz der medizinischen Informationen für alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

**DKG/KBV:** Zur Unterstützung einer möglichst reibungslosen Kommunikation innerhalb des Netzverbundes sind Regelungen zu einer einheitlichen Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu vereinbaren.

#### Zu 6.

**GKV-SV:** Hierbei handelt es sich konkret um Vorgaben zur sicheren elektronischen Kommunikation, z. B. zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für den Austausch im Netzverbund, die der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dienen. Sofern die Patientinnen oder Patienten einwilligen, können digitale Lösungen gewählt werden, so dass alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Zugriff auf die Behandlungsdokumentation der mitbehandelnden Fachkräfte erhalten. Eine umfassende Unterstützung der künftig zu etablierenden elektronischen Patientenakte durch den Netzverbund und alle teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer kann den Informationsaustausch weiter stärken.

**KBV/PatV:** Hierbei handelt es sich konkret um Vorgaben zur sicheren elektronischen Kommunikation, z. B. zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für den Austausch im Netzverbund sowie die Festlegung gemeinsamer Dokumentationsstandards, die der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dienen. Sofern die Patientinnen oder Patienten einwilligen, können digitale Lösungen gewählt werden, so dass alle an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Zugriff auf die Unterstützung Behandlungsdokumentation der mitbehandelnden Fachkräfte erhalten.

**DKG:** Hierbei handelt es sich konkret um Vorgaben zur sicheren elektronischen Kommunikation, z. B. zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für den Austausch im Netzverbund, die der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dienen. Dazu ist z. B. die elektronische Fallakte nach Vorgaben des Vereins elektronische Fallakte geeignet.

#### Zu 7.

**GKV-SV:** Viele Patientinnen und Patienten sind in Krisensituationen hilf- und orientierungslos; aus diesem Grund ist für diese in Krisensituationen eine 14-stündige Erreichbarkeit vorzusehen; Patientinnen und Patienten sollen entsprechend täglich von acht bis 22 Uhr eine in ihre Behandlung eingebundene Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner aus dem Netzverbund

erreichen können und dadurch schnelle Hilfe erhalten. Sollte die Erreichbarkeit eines an der Behandlung eingebundenen Ansprechpartners nicht möglich sein, kann dies auch durch weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Netzverbund sichergestellt werden. Den Patientinnen und Patienten sollte vermittelt werden, wen sie im Krisenfall erreichen können. Darüber hinaus wird in § 10 Absatz 4 dieser Richtlinie geregelt, dass ein Kriseninterventionsplan zu erarbeiten ist; aus dem auch Handlungsempfehlungen und Hilfestellen zwischen 22 und 8 Uhr morgens hervorgehen.

**KBV:** Die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist keine Notfallversorgung, sondern eine ambulante strukturierte und koordinierte Versorgung, die sich nach dem Gesamtbehandlungsplan richtet. Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans werden mit den Patientinnen und Patienten Maßnahmen für Krisen und Notfälle konkret abgestimmt und individuelle Absprachen getroffen. Gemäß den regionalen Gegebenheiten können hier auch der ärztliche Bereitschaftsdienst oder Angebote der Kooperationspartner des Netzverbundes einbezogen werden.

Neben der berufsgruppenübergreifenden und koordinierten Behandlung gehört hierzu auch die Organisation eines Krisenmanagements, das zwar keine 24/7-Rufbereitschaft, wohl aber verbindliche Angebote und eine Klärung dahingehend voraussetzt, wie mit Kooperationspartnern eine bedarfsgerechte Erreichbarkeit in Krisensituationen sichergestellt werden kann. Auch an dieser Stelle zeigt sich die Notwendigkeit der Einbettung des Netzverbundes in lokale bzw. regionale Angebotsstrukturen oder in Angebote der regionalen psychiatrischen Krisenhilfe.

**DKG:** Innerhalb des Netzverbundes sind Regelungen für die Betreuung psychisch kranker Patientinnen und Patienten in Krisensituationen vorzusehen. Hierfür sind auch Absprachen mit den beteiligten Kooperationspartnern möglich.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist keine Notfallversorgung, sondern eine ambulante, strukturierte und koordinierte Versorgung, die sich nach einem Gesamtbehandlungsplan richtet. Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans werden mit den Patientinnen und Patienten Maßnahmen für Krisen und Notfälle konkret abgestimmt und individuelle Absprachen getroffen. Insbesondere können hierfür auch der ärztliche Bereitschaftsdienst oder Angebote der Kooperationspartner des Netzverbundes einbezogen werden.

Neben der berufsgruppenübergreifenden und koordinierten Behandlung gehört hierzu auch die Organisation eines Krisenmanagements, das keine 24/7 Rufbereitschaft voraussetzt, wohl aber verbindliche Angebote, wie auch mit Kooperationspartnern eine bedarfsgerechte Erreichbarkeit in Krisensituationen sichergestellt werden kann. Auch an dieser Stelle zeigt sich die Notwendigkeit der Einbettung des Netzverbundes in lokale bzw. regionale Angebote, in diesem Fall z. B. der psychiatrischen Krisenhilfe.

**PatV:** Viele Patientinnen und Patienten sind in Krisensituationen hilf- und orientierungslos; aus diesem Grund ist für diese in Krisensituationen eine 24-stündige Erreichbarkeit vorzusehen; Patientinnen und Patienten sollen entsprechend täglich eine in ihre Behandlung eingebundene Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner aus dem Netzverbund erreichen können und dadurch schnelle Hilfe erhalten. Darüber hinaus wird in § 10 Absatz 4 dieser Richtlinie geregelt, dass ein Kriseninterventionsplan zu erarbeiten ist; aus diesem gehen auch ergänzende Handlungsempfehlungen und Hilfestellen hervor.

Zu 8.

**GKV-SV/PatV:** Darüber hinaus sind Regeln zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes zu treffen, damit die Versorgungskontinuität gewährleistet wird, u. a. die Vorgabe von Fristen für erforderliche diagnostische oder therapeutische Maßnahmen.

**KBV/DKG:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Zu 9.

**KBV/DKG:** Zur Gewährleistung der berufsgruppenübergreifenden, regionalen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf sind regelmäßige Netzverbundkonferenzen erforderlich, um sowohl Regeln der Erreichbarkeit und Zusammenarbeit der Netzverbundmitglieder mit Kooperationspartnern sowie weiteren regionalen Akteuren zu besprechen und gemeinsame Standards und Versorgungsabsprachen im Netzverbund zu entwickeln und zu pflegen. Der Netzverbund übernimmt so mittelbar Versorgungsverantwortung für die Gruppe der Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf in der zuständigen Region, deren unmittelbare Behandlung wiederum durch **[KBV: das patientenindividuelle Behandlungsteam aus Netzverbundmitgliedern] [DKG: die Netzverbundmitglieder]** sichergestellt wird.

**PatV:** Netzverbände nach § 4 treffen sich regelmäßig zu Netzverbundkonferenzen, um sowohl Regeln der Erreichbarkeit und Zusammenarbeit der Netzverbundmitglieder mit Kooperationspartnern sowie weiteren regionalen Akteuren zu besprechen und gemeinsame Standards und Versorgungsabsprachen in den Netzverbänden zu entwickeln und zu pflegen.

**GKV-SV:** *keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Zu 10.

**GKV-SV:** Es werden einmal im Monat Fallbesprechungen durchgeführt, an denen alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen teilnehmen. Im Rahmen der Fallbesprechungen müssen nicht die Behandlungen aller Patientinnen und Patienten gleichermaßen besprochen werden; vielmehr erfolgt eine Auswahl auf Grund der Akuität und der spezifischen Behandlungsproblematik.

**KBV/DKG:** Die patientenorientierten Fallbesprechungen im Behandlungsteam auch unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. Möglichkeiten des Telekonsils oder der Videokonsultation sind im vertragsarztrechtlich und berufsrechtlich zulässigen Maße zu nutzen.

**PatV:** Es werden regelhaft Fallbesprechungen durchgeführt, hierbei werden alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen beteiligt. Hierzu können beispielsweise auch Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beteiligt werden, welche die Patientin oder den Patienten im Rahmen einer Krankenhausbehandlung behandelt haben. Sie finden stets bei Bedarf, jedoch spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt und dann mindestens zwei Mal im Quartal statt. Im Rahmen der Fallbesprechungen müssen nicht die Behandlungen aller Patientinnen und Patienten gleichermaßen besprochen werden; vielmehr erfolgt eine Auswahl auf Grund der Akuität und der spezifischen Behandlungsproblematik. Es sind alle wesentlichen an der Behandlung beteiligten Personen einzubeziehen.

## Zu 11

**GKV-SV:** Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss im § 136a Absatz 2a Satz 3<sup>10</sup> beauftragt, Regelungen für die Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu treffen.

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2022 zusätzlich Regelungen, die eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterstützen.“

Begründung zum Gesetzesauftrag<sup>11</sup>:

„Mit der gleichen Fristsetzung [31.12.2022] erhält der G-BA nach Satz 3 darüber hinaus die Aufgabe, Regelungen zu treffen, die eine Kooperation zwischen unterschiedlichen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterstützen. Die interdisziplinäre Kooperation und der Austausch insbesondere zwischen den genannten Gruppen von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sind vor allem im Interesse einer stärkeren Patientenorientierung für die Entwicklung der Versorgungsqualität von besonderer Bedeutung. In diesem Sinne kommen insbesondere Festlegungen des G-BA zu Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen sowie Intervisions- oder Supervisionsgruppen in Betracht. Dem G-BA ist dabei freigestellt, in welcher Richtlinie er die Regelungen verankert; in Frage kämen beispielsweise die Psychotherapie-Richtlinie, die Qualitätsmanagement-Richtlinie oder eine spezifische Strukturqualitätsrichtlinie.“

Bei einer psychotherapeutischen Versorgung besteht nicht in allen Fällen das Erfordernis einer interdisziplinären Zusammenarbeit; im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ist sie jedoch unbedingt erforderlich. Mit der Vorgabe gemeinsamer Standards im Netzverbund zur Dokumentation, zur Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren, zu der Beteiligung an Fortbildungsinitiativen, insbesondere auch die Durchführung gemeinsamer Qualitätszirkel sowie zur Durchführung patientenindividueller Fallbesprechungen, wird dem gesetzlichen Auftrag der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit Rechnung getragen.

Die Fortbildungsinitiativen dienen dem interdisziplinären Dialog, aber auch der gegenseitigen Wahrnehmung und Kenntnis der im Netzverbund beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und verbessern die Versorgung der Patientinnen und Patienten.

**KBV:** Mit den Vorgaben zu gemeinsamen Standards im Netzverbund zur Dokumentation, zur Einhaltung von vereinbarten Qualitätsmanagementverfahren, zur Beteiligung an Fortbildungsinitiativen, zur Durchführung gemeinsamer Qualitätszirkel und insbesondere auch zur Durchführung patientenindividueller Fallbesprechungen, wird der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit Rechnung getragen.

Die Fortbildungsinitiativen dienen dem interdisziplinären Dialog aber auch der gegenseitigen Wahrnehmung und Kenntnis, auch um die Versorgungsabläufe stetig an die fachliche Entwicklung anzupassen.

Die Einrichtung gemeinsamer Qualitätszirkel bietet die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs und der Diskussion von Behandlungsfällen und Problemen; die Ergebnisse können in den eigenen Praxisalltag integriert werden und somit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität

---

<sup>10</sup> Vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 55f.

<sup>11</sup> Vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 89

führen. Um den interdisziplinären Austausch zu fördern, sollten auch Ärztinnen und Ärzte des im Netzverbund beteiligten Krankenhauses an den Qualitätszirkeln beteiligt werden.

**DKG:** Um die Qualität der Versorgung und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu unterstützen, sind gemeinsame Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements zu vereinbaren und anzuwenden. Dazu gehört auch die regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes, z. B. die Durchführung gemeinsamer Qualitätszirkel. Die Fortbildungsinitiativen sollen dabei auch dem interdisziplinären Dialog sowie der gegenseitigen Wahrnehmung und Kenntnis der im Netzverbund beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbessern.

**Alle:** Die Einrichtung gemeinsamer Qualitätszirkel bietet die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs und der Diskussion von Behandlungsfällen und Problemen; die Ergebnisse können in den eigenen Praxisalltag integriert werden und somit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Um den interdisziplinären Austausch zu fördern, sollten auch Ärztinnen und Ärzte des im Netzverbund beteiligten Krankenhauses an den Qualitätszirkeln beteiligt werden.

**PatV:** Die Fortbildungsinitiativen dienen dem interdisziplinären Dialog, aber auch der gegenseitigen Wahrnehmung und Kenntnis der im Netzverbund beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Die Einrichtung gemeinsamer Qualitätszirkel bietet die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs und der Diskussion von Behandlungsfällen und Problemen; die Ergebnisse können in den eigenen Praxisalltag integriert werden und somit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Um den interdisziplinären Austausch zu fördern, sollten auch Ärztinnen und Ärzte des im Netzverbund beteiligten Krankenhauses an den Qualitätszirkeln beteiligt werden.

#### Zu 12:

**KBV:** In der Anlage werden die für die Versorgung zusätzlich erforderlichen Versorgungsangebote (Leistungsmodule) auf der Grundlage der hier festgelegten Aufgaben und Kooperations- und Koordinationserfordernisse festgelegt.

**GKV-SV/DKG/PatV:** *keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Absatz 2

**GKV-SV/PatV:** In Absatz 2 werden Vorgaben zur Befund- und Behandlungsdokumentation im Netzverbund getroffen. Die Festlegung gemeinsamer Dokumentationsstandards erhöht die Verfügbarkeit und die Transparenz der medizinischen Informationen für alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Zur Sicherstellung des Informationsaustausches zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ist nach Einführung der elektronischen Patientenakte eine gemeinsame Nutzung dieser **[GKV-SV: verbindlich]** vorzusehen, in der alle krankheitsrelevanten Daten für die beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verfügbar sind. Hierbei handelt es sich zunächst um eine Selbstverpflichtung von allen an dem Netzverbund beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, deren Umsetzung aber nicht nur von diesen, sondern auch vom Vorliegen weiterer rechtlicher Voraussetzungen **[PatV: sowie von der Zustimmung der Patientin oder des Patienten]** abhängig ist. **[PatV: Eine Verpflichtung zur Nutzung der elektronische Patientenakte durch die Patientin oder den Patienten ist damit nicht verbunden.]**

**KBV:** Für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist der Zugriff auf die Befund- und Behandlungsdokumentation von entscheidender Bedeutung, da er die Grundlage für die Koordination

der Versorgung bildet. Dabei ist die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben sicherzustellen.

**DKG:** Zur Unterstützung einer möglichst reibungslosen Kommunikation innerhalb des Netzverbundes sind Regelungen zu einer einheitlichen Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu vereinbaren. Hierbei handelt es sich konkret um Vorgaben zur sicheren elektronischen Kommunikation, z. B. zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für den Austausch im Netzverbund, die der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dienen. Dazu ist z. B. die elektronische Fallakte nach Vorgaben des Vereins elektronische Fallakte geeignet.

### Absatz 3

**GKV-SV/PatV:** In Absatz 3 wird festgelegt, dass die Beratung und Behandlung auch mittels digitaler Medien beispielsweise in Form von Videosprechstunden erfolgen kann. Unter Beachtung der berufs- und datenschutzrechtlichen sowie der für die jeweilige Leistung geltenden Regelungen, kann die Nutzung digitaler Medien zu einer flexibleren und intensiveren Kommunikation zwischen den Betroffenen und den jeweiligen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern beitragen.

**KBV:** Für eine optimale Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten und der Koordination zwischen den Leistungsanbietern können zugelassene digitale Angebote genutzt werden.

**DKG:** In Anbetracht der sich stetig weiterentwickelnden Möglichkeiten zur Nutzung telemedizinischer Anwendungen wird auch diese Form zur Beratung und Behandlung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie unter Berücksichtigung gesetzlicher und berufsrechtlicher Rahmenbedingungen ermöglicht.

### Absatz 4 (KBV/PatV):

**KBV:** Während das Behandlungsteam durch den Bezugsarzt bzw. -psychotherapeuten koordiniert und geführt wird, ist auch für den Netzverbund selbst eine Koordination im Sinne eines Netzwerkmanagements unabdingbar. Anforderungen hieran werden in § 7 Absatz 4 geregelt. Der Netzverbundbeauftragte ist Ansprechpartner für anfragende Institutionen ebenso wie für Einzelpersonen und überwacht die Erfüllung der Anforderungen an den Netzverbund nach dieser Richtlinie. Der Netzverbundbeauftragte kennt dafür das regionale Versorgungsangebot und hält mit den jeweiligen Ansprechpartnern der Institutionen engen Kontakt. Er koordiniert das therapeutische Angebot im Netzverbund abseits vom individuellen Behandlungsfall. Dafür muss er aktiv Organisationsmanagement betreiben und geeignete Kommunikationsinstrumente nutzen. Zur Unterstützung der Koordinationsfunktion kann sich der Netzverbundbeauftragte digitaler Medien bedienen, die durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Verfügung gestellt werden können.

Aufgabe des Netzverbundbeauftragten sind in Anlehnung an § 39d des Referentenentwurfes zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) zur Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken insbesondere:

1. Die Unterstützung der Kooperation und die Abstimmung und Koordination der Maßnahmen der Mitglieder des regionalen Netzwerkes,

2. die Information der Öffentlichkeit über die Versorgungsangebote des Netzwerkes in enger Abstimmung mit den Kooperationspartnern,
3. die Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten und Durchführung qualifizierter Schulungen zur Netzwerktätigkeit,
4. die Organisation regelmäßiger Netzwerktreffen zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend des regionalen Bedarfs,
5. die Ermöglichung von Kooperationen mit den in § 4 Absatz 5 genannten Akteuren und thematisch verwandten Akteuren,
6. die Förderung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches mit anderen koordinierenden Personen und Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.

Die oben beschriebenen Aufgaben fassen sehr gut das erforderliche Aufgabenspektrum eines auch in anderen Versorgungsbereichen mit vergleichbaren Aufgaben eingesetzten Koordinators (z. B. Praxisnetzmanagers) und so auch eines Netzverbundbeauftragten zusammen, um sowohl die interne Organisationsentwicklung zu befördern als auch um mit Kooperationspartnern und weiteren an der Versorgung Beteiligten die erforderlichen Versorgungsstrukturen aufzubauen und zu pflegen.

**PatV:** In Absatz 4 wird eine Regelung getroffen, wonach zur Koordination eines solchen Netzwerks auch Personen oder Organisationen eingesetzt werden können, die eine Dienstleistungsfunktion für den Netzverbund übernehmen. Dabei geht es um strukturelle Organisation, respektive die Gewährleistung der Richtlinien-Anforderungen durch den Netzverbund sowie die Koordination des Therapieangebots, nicht um die Koordination im individuellen Behandlungsfall. Die Einsetzung einer Netzverbundbeauftragten oder eines Netzverbundbeauftragten ist nicht zwingend.

**GKV-SV/DKG:** *keine Übernahme, daher keine Begründung*

## 2.3 Zu Abschnitt C – Patientenversorgung

### 2.3.1 § 8 Zugang

**GKV-SV/DKG/PatV:** Eine zentrale Frage im Rahmen der Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen ist, wie die Menschen in die Versorgung kommen [DKG: gelangen]. Ein zentrales Anliegen ist hierbei, dass ein möglichst niedrigschwelliger Zugang gewährt wird, da ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau häufig dazu führt, dass Patientinnen und Patienten schon zu Beginn der Behandlung die Hürden in die Versorgung als zu groß erleben.

**KBV:** Eine zentrale Frage im Rahmen der Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen ist, wie die betroffenen Menschen in die Versorgung kommen. Ein zentrales Anliegen ist hierbei, dass ein möglichst einfacher Zugang gewährt wird, da Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau dazu führen können, dass Patientinnen und Patienten schon zu Beginn der Behandlung die Hürden in die Versorgung als zu groß erleben.

#### Absatz 1

**GKV-SV:** In Absatz 1 wird der Zugang in die Versorgung durch einen Netzverbund über zwei Wege beschrieben: Zum einen ist der direkte Zugang zu einem der am Netzverbund beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte möglich. Zum anderen bedarf es einer Empfehlung in die Versorgung nach dieser Richtlinie, wenn der Erstkontakt nicht bei einem der Mitglieder des Netzverbundes erfolgt. Der Vorteil einer Empfehlung ist, dass diese – ganz grundsätzlich – von allen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie Krankenhäusern ausgesprochen werden kann und trotzdem eine klare Rechtsfolge durch die Regelung in Absatz 5 entsteht. Die konkreten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die eine Empfehlung zur Versorgung nach dieser Richtlinie abgeben können, sind in Absatz 2 und 3 genannt.

**KBV/DKG/PatV:** Da großes Verbesserungspotential für eine strukturierte und koordinierte Versorgung in der Steuerung gesehen wird, ist – sofern der Erstkontakt nicht bei einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer nach § 3 erfolgt – hier auf das bewährte Steuerungsinstrument der Überweisung oder einer Empfehlung zurückzugreifen.

#### Absatz 2

**GKV-SV:** In Absatz 2 findet sich eine Auflistung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, die eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie abgeben können. Neben den Arztgruppen, die auch an der Krankenbehandlung im Netzverbund teilnehmen können, werden auch Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie aufgenommen. Der Grund für diese Auswahl ist, dass mit einer Empfehlung in die Versorgung auch die Verpflichtung entsteht, einen Termin für die Differenzialdiagnostik innerhalb von drei Tagen nach der Empfehlung zur Verfügung zu stellen (vgl. Absatz 5). Auf Grund dieser verbindlichen Folge der Empfehlung ist es wichtig, dass die ausgewählten Arztgruppen, die eine Empfehlung aussprechen, über mehr als nur grundlegende Kenntnisse von psychischen Erkrankungen verfügen und diese in der Regel im Rahmen der Anamnese feststellen können. Dadurch wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach



therapierbare, weniger komplexe Krankheitsbilder, die keiner Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen, keinen Zugang zu diesem Versorgungsbereich haben und die Kapazitäten in den Netzverbänden den Patientinnen und Patienten vorbehalten bleiben, bei denen ein entsprechender Bedarf besteht. Die Teilnahme an einem Netzverbund ist keine Voraussetzung für die Empfehlung der Versorgung nach dieser Richtlinie.

**KBV:** Um die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu dieser Versorgungsform zu gewährleisten kann eine Überweisung oder Empfehlung durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen.

**DKG:** In Absatz 2 findet sich eine Auflistung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, die eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie abgeben können. Neben den Arztgruppen, die auch an der Krankenbehandlung im Netzverbund teilnehmen können, werden auch Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie aufgenommen. Der Grund für diese Auswahl ist, dass mit einer Empfehlung in die Versorgung auch die Verpflichtung entsteht, einen Termin für die die Eingangssprechstunde in der Regel innerhalb von sieben Werktagen zur Verfügung zu stellen (vgl. § 7 Absatz 1 Nr. 2). Auf Grund dieser verbindlichen Folge der Empfehlung ist es wichtig, dass die ausgewählten Arztgruppen, die eine Empfehlung aussprechen, über mehr als nur grundlegende Kenntnisse von psychischen Erkrankungen verfügen und diese in der Regel im Rahmen der Anamnese feststellen können. Dadurch wird gewährleistet, dass vergleichsweise einfach therapierbare, weniger komplexe Krankheitsbilder, die damit keiner berufsgruppenübergreifenden strukturierten Versorgung bedürfen, keinen Zugang zu diesem Versorgungsbereich haben und die Kapazitäten in den Netzverbänden den Patientinnen und Patienten vorbehalten bleiben, bei denen ein entsprechender Bedarf besteht. Die Teilnahme an einem Netzverbund ist keine Voraussetzung für die Empfehlung der Behandlung gemäß dieser Richtlinie.

**PatV:** Absatz 2 listet auf, wer eine Überweisung oder Empfehlung in den Netzverbund aussprechen kann, wenn ein Verdacht auf eine Indikation nach § 2 mit komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf vorliegt.

Zur Überweisung oder Empfehlung sind neben den genannten Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeutinnen oder Vertragspsychotherapeuten auch Sozialpsychiatrische Dienste und Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen berechtigt. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass manche Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, an die sich diese Richtlinie adressiert, nicht zunächst bei Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten vorstellig werden, sondern durch andere Umstände den Sozialpsychiatrischen Diensten vorgestellt werden oder Rat in Psychosozialen Beratungsstellen suchen. Der niedrigschwellige Zugang ist im Sinne dieser Richtlinie unentbehrlich und daher möglichst vielfältig zu ermöglichen. Sozialpsychiatrische Dienste und psychosoziale Beratungsstellen verfügen über eine differenzierte Kenntnis des psychiatrischen Hilfesystems und können daher als Wegweiser dienen. Spezifische diagnostische Kenntnisse sind nicht erforderlich, da die Zugehörigkeit zum Personenkreis dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde geprüft wird.

### Absatz 3

**GKV-SV:** In Absatz 3 wird entsprechend der Regelungen in Absatz 2 auch für stationäre und teilstationäre Einrichtungen sowie für Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, die Möglichkeit geschaffen, Patientinnen und Patienten die Versorgung nach dieser

Richtlinie zu empfehlen. Bei den Einrichtungen kann es sich sowohl um Krankenhäuser wie auch um Rehabilitationseinrichtungen handeln. Die Richtlinie sieht den Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie über das Entlassmanagement als Empfehlung („Empfehlung für die Behandlung nach dieser Richtlinie“) vor. Empfehlungen sind gemäß § 9 Abs. 3 des Rahmenvertrags Entlassmanagement in den Entlassbrief aufzunehmen, der gemäß § 3 Absatz 2 des Rahmenvertrags Entlassmanagement vom Krankenhausarzt auszufüllen ist. Die Empfehlung wird entsprechend von der Ärztin oder dem Arzt der Einrichtung ausgesprochen.

**KBV:** In Absatz 3 wird entsprechend der Regelungen in Absatz 2 auch für stationäre und teilstationäre Einrichtung sowie für Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, die Möglichkeit geschaffen, Patientinnen und Patienten die Versorgung nach dieser Richtlinie zu empfehlen. Bei den Einrichtungen kann es sich um Krankenhäuser, wie auch um Rehabilitationseinrichtungen handeln. Die Empfehlung wird von der Ärztin oder dem Arzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der Einrichtung ausgesprochen.

**DKG:** In Absatz 3 wird entsprechend der Regelungen in Absatz 2 auch für stationäre und teilstationäre Einrichtungen sowie für Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, die Möglichkeit geschaffen, Patientinnen und Patienten die Versorgung nach dieser Richtlinie zu empfehlen. Bei den Einrichtungen kann es sich um Krankenhäuser und um Rehabilitationseinrichtungen handeln. Die Empfehlung wird von einer Ärztin oder einem Arzt der Einrichtung ausgesprochen.

**PatV:** In Absatz 3 wird entsprechend der Regelungen in Absatz 2 auch für stationäre und teilstationäre Einrichtung sowie für Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, die Möglichkeit geschaffen, Patientinnen und Patienten die Versorgung nach dieser Richtlinie zu empfehlen. Bei den Einrichtungen kann es sich sowohl um Krankenhäuser als auch um Rehabilitationseinrichtungen handeln. Die Empfehlung wird von der Ärztin oder dem Arzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten der Einrichtung ausgesprochen.

#### Absatz 4

**GKV-SV:** In Absatz 4 wird die Vorgabe getroffen, dass durch die Ärztin oder den Arzt, die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten oder die Einrichtung, die eine Empfehlung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ausspricht, unmittelbar ein Termin mit einem Netzwerk vereinbart wird, an dem die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgen kann. Ein häufiges Problem für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass ihnen selbst die Fähigkeit fehlt, die erforderliche Krankenbehandlung für sich zu organisieren. Aus diesem Grund soll von der empfehlenden Leistungserbringerin oder dem empfehlenden Leistungserbringer der Termin vereinbart werden.

**KBV:** Sofern der Patient einverstanden ist, erleichtert die Terminvermittlung durch die empfehlende Leistungserbringerin bzw. empfehlenden Leistungserbringer oder empfehlende Einrichtung den niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie.

**DKG:** In Absatz 4 wird ausgeführt, dass mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten vom empfehlenden Vertragsarzt/Krankenhaus/Rehabilitationseinrichtung unmittelbar ein Termin vermittelt wird.

**PatV:** Die Patientin oder der Patient wird von derjenigen oder demjenigen, die oder der die Empfehlung oder Überweisung vornimmt, über das Angebot der Versorgung des Netzverbundes oder möglicherweise der verschiedenen Netzverbünde informiert. Ein häufiges Problem für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass ihnen selbst

die Fähigkeit fehlt, die erforderliche Krankenbehandlung für sich zu organisieren. Aus diesem Grund soll von der empfehlenden Leistungserbringerin oder dem empfehlenden Leistungserbringer bereits der Termin vereinbart werden.

Der oder die Überweiser/in oder empfehlende Stelle unterstützt die Patientin oder den Patienten über das Versorgungsangebot nach dieser Richtlinie und vermittelt, mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten, einen Termin.

Hierzu kann auch die Leistung der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 14 SGB V in Anspruch genommen werden, die seit dem Inkrafttreten der Änderungen durch das Gesetz zu Reform der Psychotherapeutenausbildung zum 1. September 2020 auch Termine für die Versorgung nach dieser Richtlinie innerhalb einer Woche vermittelt

#### Absatz 5

**GKV-SV:** In Absatz 5 wird festgelegt, dass die Mitglieder des Netzverbundes den Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung innerhalb von drei Tagen nach der Empfehlung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer sicherzustellen haben. Diese Regelung soll einen zeitnahen Beginn der Diagnostik und der sich ggf. anschließenden Behandlung gewährleisten.

**KBV:** Die Eingangssprechstunde gewährleistet innerhalb von sieben Werktagen nach Überweisung oder Empfehlung eine erste Abklärung, ob der Patient für die Versorgung nach dieser Richtlinie geeignet ist.

**DKG:** Durch den Netzverbund ist der Zugang und somit Termin zur Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Werktagen nach Überweisung oder Empfehlung zu gewährleisten.

**PatV:** Absatz 5 stellt zunächst klar, dass als unmittelbare Rechtsfolge einer Empfehlung oder Überweisung der Netzverbund zeitnah, d.h. innerhalb von sieben Werktagen, einen Termin in der Eingangssprechstunde anbieten muss.

#### Absatz 6

**GKV-SV:** In Absatz 6 wird geregelt, dass Netzverbände eine differentialdiagnostische Abklärung, einschließlich der Prüfung der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie anzubieten haben, auf deren Grundlage die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt den Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 erstellt.

**KBV:** Das Assessment erfolgt im Rahmen der Eingangssprechstunde durch die Mitglieder des Netzverbundes nach § 3 Abs. 1. Die dort genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind diejenigen, die durch ihre Aus- und Weiterbildung über eine entsprechende Kompetenz verfügen, um diese besondere Patientengruppe zu behandeln und das erforderliche zielgenaue und diagnosespezifische Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen bzw. zu veranlassen.

**DKG:** Der Absatz 6 legt fest, dass im Rahmen der Eingangssprechstunde eine differentialdiagnostische Abklärung (Assessment) durch die Mitglieder des Netzverbundes erfolgt. Dabei ist auch zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie gemäß § 2 erfüllt sind.

**PatV:** Der Absatz 6 legt fest, dass im Rahmen der Eingangssprechstunde eine differentialdiagnostische Abklärung (Assessment) durch die Mitglieder des Netzverbundes erfolgt. Bei Be-

darf ist das Assessment zeitnah im Anschluss an die Eingangssprechstunde durch die Hinzuziehung eines weiteren Facharztes oder einer weiteren Fachärztin abzuschließen. Dabei ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie gemäß § 2 erfüllt sind.

### **2.3.2 § 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung**

**GKV-SV:** Die Grundlage der berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Versorgung ist eine zielgenaue Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten. Die verschiedenen Leistungsbestandteile müssen inhaltlich miteinander verknüpft sein und die Adhärenz der Patientin oder des Patienten soll durch die koordinierende Person bestärkt werden. Die einzelnen Schritte des Vorgehens werden in den folgenden Absätzen festgelegt.

#### Absatz 1

**GKV-SV:** In Absatz 1 erfolgt eine Definition der differentialdiagnostischen Abklärung, in der das Gesamtbild der Beschwerden der Patientin oder des Patienten erfasst werden soll. Neben dem psychischen Befund ist daher auch eine Abklärung somatischer Ursachen für die Erkrankung sowie die Erhebung sozialer Faktoren von Bedeutung. In der differentialdiagnostischen Abklärung sind auch die in § 2 vorgegebenen Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie zu prüfen und – sofern diese vorliegen – ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Die differentialdiagnostische Abklärung wird durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eine Fachärztin oder einen Facharzt für Nervenheilkunde oder eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie durchgeführt. Die genannten Fachärztinnen und Fachärzte verbinden auf Grund ihrer Kompetenzen die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln und lassen diese in die erforderliche Gesamtbehandlungsplanung einfließen (vgl. § 10).

**KBV:** In der Eingangssprechstunde erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst-)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 dieser Richtlinie überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt.

Zudem wird die Bezugsärztin bzw. der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin bzw. der Bezugspsychotherapeut festgelegt. Die Patienteninteressen sind zu berücksichtigen.

**DKG:** Es wird festgelegt, dass in der Eingangssprechstunde eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung erfolgt. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft. Bei Erfüllen der Voraussetzungen wird ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt.

**PatV:** Absatz 1 regelt, dass der Netzverbund eine Eingangssprechstunde anbietet, in der der Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten durch eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 5 Absatz 1 geklärt wird; hierbei erfolgt zudem die Prüfung, ob die Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie gemäß § 2 gegeben sind. Ggf. erfolgt der Abschluss des Assessments zeitnah durch eine andere Person im Netzverbund. Bei Erfüllen der Voraussetzungen wird ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt, der

nach Abstimmung mit den weiteren an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ergänzt und fortgeschrieben wird. Ferner wird die oder der Bezugsbehandelnde vorläufig festgelegt, dies dient der Sicherstellung, dass im Falle des Vorliegens der Voraussetzungen zur Teilnahme an dieser Versorgung schon von Beginn an eine verantwortliche behandelnde Person bestimmt wird. Diese Bestimmung erfolgt in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten.

### Absatz 2

**GKV-SV:** In Absatz 2 wird festgelegt, dass für die Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus stehen den Mitgliedern des Netzverbundes auch die in Anlage 1 aufgeführten Leistungen zur Verfügung. Bei der Versorgung nach dieser Richtlinie handelt es sich nicht um ein neues Behandlungsangebot, sondern um ergänzende Versorgungselemente, die die Versorgung schwer psychisch Kranker koordinieren und strukturieren sowie die berufsgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterstützen.

**KBV:** Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung, die die Module der Anlage zu dieser Richtlinie einschließen. Das strukturierte und koordinierte Versorgungsangebot wird patientenindividuell und bedarfsabhängig umgesetzt und orientiert sich am zu erstellenden und zu aktualisierenden Gesamtbehandlungsplan. Neben der Koordination sind hier u. a. zu nennen: die Eingangssprechstunde, das Assessment (bzw. Reassessment nach § 13 Absatz 3 dieser Richtlinie), Gespräche im Einzel- und Gruppensetting, eine aufsuchende multiprofessionelle Behandlung, die Notfall- und Krisenversorgung, das Überleitungsmanagement sowie Fallbesprechungen.

**DKG/PatV** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

### Absatz 3

**GKV-SV/DKG:** In Absatz 3 wird geregelt, dass die Patientin oder der Patient bei Bedarf auf Maßnahmen und Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V (z. B. Eingliederungshilfe oder berufliche Rehabilitation nach SGB IX) hingewiesen werden, da Personen mit schweren psychischen Störungen oftmals neben der eigentlichen Krankenbehandlung ihrer psychischen Störung auch Unterstützung in weiteren Bereichen bedürfen. Zudem wird festgelegt, dass zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie eine Prüfung auf ggf. erforderliche Hilfen für vorhandene Kinder der psychisch schwer Erkrankten erfolgen soll. Nicht jede psychische Erkrankung eines Elternteils führt dazu, dass Unterstützungsmaßnahmen für vorhandene Kinder notwendig sind; dennoch kann sich die Erkrankung der Eltern negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Gleichzeitig steigt das Risiko selbst psychisch krank zu werden, wenn die Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden und nicht rechtzeitig Maßnahmen zur Unterstützung der Kinder ergriffen werden.

**KBV:** Wichtiges Anliegen der Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen dieser Richtlinie ist der Brückenschlag in andere Hilfs- und Unterstützungssysteme. Hierbei ist insbesondere der Hilfs- und Unterstützungsbedarf von Kindern zu berücksichtigen. Kinder können durch die psychische Erkrankung ihrer Eltern vielfältigen Belastungen ausgesetzt sein. Diese Kinder und ihre Eltern sind ganz besonders auf ein unterstützendes soziales Umfeld und auf vernetzte, qualifizierte Hilfe und Versorgung angewiesen. Die Prüfung, ob Hilfen für Kinder der

betreffenden Patientinnen und Patienten erforderlich sind, soll auch Hilfen aus anderen Sozialleistungsbereichen miteinbeziehen und setzt keine eigene Erkrankung des Kindes voraus.

**PatV:** Vielfach benötigen die Patientinnen und Patienten weitere Hilfen, die nicht in den Leistungskatalog des SGB V gehören, wie z.B. Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX. Die Beteiligten am Netzwerk sollen sicherstellen, dass die Patientin oder der Patient mit einem entsprechenden Bedarf auf diese Leistungen hingewiesen und zu deren Hinführung beraten werden.

#### Absatz 4 (GKV-SV)

**GKV-SV:** In Absatz 4 wird geregelt, dass die jeweils zuständige Krankenkasse über den Beginn der Versorgung ihrer Versicherten nach dieser Richtlinie durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt informiert wird. Die Zielsetzung dieser Regelung ist, dass die Krankenkassen in den Behandlungsprozess eingebunden werden und im Rahmen ihrer Versichertenberatung die Ziele dieser Versorgung unterstützen und Versichertenanfragen dazu adäquat beantworten können.

**KBV/DKG/PatV** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Absatz 5 (GKV-SV)

**GKV-SV:** In Absatz 5 wird der Ausschluss einer parallelen Behandlung durch mehrere Netzverbände formuliert. Die zentralen Elemente der Versorgung nach dieser Richtlinie sind die Festlegung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes, die oder der für den gesamten Versorgungszeitraum die Verantwortung für das Ineinandergreifen der Versorgungsangebote für die Patientin oder des Patienten trägt und die Unterstützung einer nichtärztlichen koordinierenden Person. Erfolgt eine Versorgung durch mehrere Netzverbände gleichzeitig würde das Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung konterkariert.

In diesem Sinne gilt auch ein Ausschluss von parallelen Behandlungsangeboten durch nicht am Netzwerk beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, da beispielsweise eine unkoordinierte, doppelte Verordnung des gleichen Heilmittels durch unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer natürlich auch unterschiedliche Zielsetzungen haben kann und nicht mehr im Einklang mit dem Gesamtbehandlungsplan stehen könnte. Darüber hinaus widerspricht eine doppelte Verordnung derselben Maßnahmen dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Der Einbezug von vorbehandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die sich nicht am Netzwerk beteiligen möchten und die Behandlung von Indikationen, die nicht in § 2 Absatz 2 benannt sind, sind davon ausgenommen (vgl. Absatz 6).

**KBV/DKG/PatV** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Absatz 6 (GKV-SV)

**GKV-SV:** Absatz 6 regelt den Einbezug von ggf. vorhandenen vorbehandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die dem Netzwerk nicht beitreten möchten. Um Versorgungsbrüche zu vermeiden, weil beispielsweise schon eine langfristige Arzt-Patienten-Beziehung im Rahmen einer Psychotherapie besteht, können diese Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden. Die vorbehandelnden Leistungserbringerinnen und

Leistungserbringer müssen in diesem Fall den Gesamtbehandlungsplan unterstützen und sich bereit erklären an den Fallbesprechungen des Netzverbundes teilzunehmen, in denen die von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten thematisiert werden.

**KBV/DKG/PatV** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Absatz 7 (KBV/PatV)

**KBV:** Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in Praxen und Einrichtungen stellt traditionell die häufigste Versorgungsform dar. Dieser Versorgungsansatz wird jedoch nicht allen Patientinnen und Patienten gerecht: Der Einbezug des häuslichen Umfelds und die Integration desselben auch in die Behandlung kann im Einzelfall besser gelingen, wenn Mitglieder des Behandlungsteams mit Einverständnis der Patientinnen oder Patienten diese in ihrer Häuslichkeit aufsuchen. Bislang ist diese Form der Versorgung, wie sie insbesondere bei schwer erkrankten Patientinnen und Patienten sinnvoll sein kann, nur unzureichend in der ambulanten Versorgung ausgeprägt. Im Rahmen der (Komplex-)Versorgung nach dieser Richtlinie ist deshalb der Einbezug der Häuslichkeit ein wesentlicher Baustein des multimodalen Behandlungskonzepts. Ziel ist dabei auch die Vermeidung von Krisensituationen und stationären Aufenthalten sowie die Ermöglichung eines niedrigschwelligen Zugangs zur Versorgung gerade für diejenigen Patientinnen und Patienten, denen es häufig nicht möglich ist, aus eigenem Antrieb Praxen und Einrichtungen aufsuchen zu können. Die Förderung von sozialen Fähigkeiten und Kontakten soll durch Versorgungsangebote, wie z. B. sozialen Kompetenztrainings und Hilfeintegration erfolgen. Psychoedukation kann u. a. bei der Stärkung der Eigenkompetenz helfen.

**PatV:** Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen in Praxen und Einrichtungen stellt traditionell die häufigste Versorgungsform dar. Dieser Versorgungsansatz wird jedoch nicht allen Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen gerecht. Absatz 7 weist daher darauf hin, dass es im Einzelfall erforderlich sein kann, dass der Netzverbund eine aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten in die Wege leitet.

Je nach Bedarf im Einzelfall und Zustimmung der Patientin oder des Patienten sind dabei unterschiedliche Maßnahmen denkbar. Dazu kann gehören, dass Teammitglieder die Patientin oder den Patienten in der Häuslichkeit aufsuchen, Verordnungen von Soziotherapie, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege oder von Ergotherapie im Rahmen eines Hausbesuches oder bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzung die Anbahnung einer stationsäquivalenten Behandlung. Möglich ist auch die koordinierte Zusammenarbeit mit gemeindepsychiatrischen Verbänden.

**GKV-SV/DKG:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

### **2.3.3 § 10 Gesamtbehandlungsplan**

**GKV-SV:** Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen oftmals mehrere unterschiedliche Krankenbehandlungsmaßnahmen. Ausgangspunkt einer guten Versorgung schwer psychisch Kranker ist daher die Erstellung eines individuellen, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan auf Basis einer umfassenden Diagnostik und nach ausführlicher Aufklärung der Patientin oder des Patienten. Der Gesamt-

behandlungsplan führt die unterschiedlichen Versorgungsangebote zusammen und sollte regelmäßig auch im Hinblick auf die Reflexion der Interaktionen zwischen den verschiedenen Versorgungsangeboten überprüft und, sofern erforderlich, angepasst werden.

**PatV:** Durch eine klare Struktur zur Festlegung der verantwortlichen Bezugsbehandler/in nach § 5 gewährleisten die Netzverbände auch, dass für jede Patientin und jeden Patienten ein Gesamtbehandlungsplan erstellt wird.

#### Absatz 1

**GKV-SV:** In Absatz 1 werden Vorgaben für den Gesamtbehandlungsplan getroffen, der auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung zu erstellen ist. Die Patientin oder der Patient ist genauso wie weitere an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans zu beteiligen; die Verantwortung verbleibt jedoch bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt. Davon bleibt unberührt, dass jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer haftungsrechtlich die Erbringung seiner ihm obliegenden Behandlungen weiterhin selbst verantwortet.

Der Gesamtbehandlungsplan umfasst alle individuell erforderlichen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrisch häuslicher Krankenpflege.

**KBV:** In Absatz 1 werden Vorgaben für den Gesamtbehandlungsplan getroffen, der auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung zu erstellen ist. Die Patientin oder der Patient ist genauso wie weitere an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans zu beteiligen; die Verantwortung verbleibt jedoch bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten. Davon bleibt unberührt, dass jede Leistungserbringerin oder jeder Leistungserbringer berufs-, haftungs- und vertragsrechtlich die Erbringung ihrer oder seiner ihm obliegenden Behandlungen weiterhin selbst verantwortet. Der Gesamtbehandlungsplan umfasst insbesondere alle individuell erforderlichen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln und kann weitere Angebote umfassen.

**DKG:** In Absatz 1 werden Vorgaben für den Gesamtbehandlungsplan getroffen, der auf Basis des Assessments und des vorläufigen Behandlungsplanes zu erstellen ist. Die Patientin oder der Patient ist genauso wie weitere an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans zu beteiligen; die Verantwortung verbleibt jedoch bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt. Davon bleibt unberührt, dass jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer haftungsrechtlich die Erbringung seiner ihm obliegenden Behandlungen weiterhin selbst verantwortet.

Der Gesamtbehandlungsplan umfasst alle individuell erforderlichen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln.

**PatV:** In Absatz 1 werden Vorgaben für den Gesamtbehandlungsplan getroffen, der auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung zu erstellen ist. Dabei werden auch die konkreten Lebensumstände sowie das soziale Umfeld der Patientin oder des Patienten mit berücksichtigt und ggf. Bezugspersonen mit einbezogen. Die Patientin oder der Patient ist genauso wie weitere an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer oder auch sonstige Einrichtungen nach § 4 Absatz 5, wie zum Beispiel ein örtlicher Krisendienst oder Suchberatungsstelle, an der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans zu beteiligen, soweit



die Patientin oder der Patient damit einverstanden ist; die Verantwortung verbleibt jedoch bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten. Davon bleibt unberührt, dass jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer haftungsrechtlich die Erbringung seiner ihm obliegenden Behandlungen weiterhin selbst verantwortet.

Absatz 1 listet ferner auf, welche Angaben im Gesamtbehandlungsplan enthalten sein müssen. Der Gesamtbehandlungsplan umfasst alle individuell erforderlichen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an zu veranlassenden Leistungen, wie Heilmittel, Soziotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege. Zudem werden mit Einwilligung der Patientin und des Patienten auch weitere Angaben zum Bedarf bzw. Inanspruchnahme weiterer Leistungen von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Einrichtungen, die nicht Teil des Netzverbundes sind, im Gesamtbehandlungsplan aufgeführt.

## Absatz 2

**GKV-SV:** Der Gesamtbehandlungsplan wird durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt aufgestellt. Er ist für alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt angepasst werden.

**KBV:** Der Gesamtbehandlungsplan ist für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeuten angepasst werden. Hierdurch werden ein Ineinandergreifen von verschiedenen Leistungen und Maßnahmen und die diesbezüglich erforderlichen Absprachen gefördert.

**DKG:** Der Gesamtbehandlungsplan ist für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugärztin oder des Bezugsarztes angepasst werden.

**PatV:** Der Gesamtbehandlungsplan ist für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut angepasst werden.

## Absatz 3

**GKV-SV:** Absatz 3 formuliert Vorgaben zum Umgang mit somatischen Komorbiditäten im Rahmen der differentialdiagnostischen Abklärung. Da schwere psychische Störungen nicht selten auch mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, sind diese zwingend im Rahmen der Differentialdiagnostik zu erheben. Eine Behandlung der somatischen Komorbiditäten kann nicht im Zuge der Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen; die Bezugärztin oder der Bezugsarzt soll jedoch in einem engen Austausch zu der oder dem die somatischen Erkrankungen behandelnden Fachärztin oder Facharzt stehen, um möglich negative Effekte der Multimorbidität zu vermeiden.

**DKG:** Absatz 3 formuliert Vorgaben zum Umgang mit somatischen Komorbiditäten im Rahmen der differentialdiagnostischen Abklärung und der späteren Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V. Da schwere psychische Störungen nicht selten auch mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, sind diese zwingend im Rahmen der Differentialdiagnostik zu erheben und im Gesamtbehandlungsplan zu berücksichtigen. Eine Behandlung der somatischen Komorbiditäten kann nicht im Zuge der Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen. Die Bezugärztin oder

der Bezugsarzt soll jedoch in einem engen Austausch zu der oder dem die somatischen Erkrankungen behandelnden Fachärztin oder Facharzt stehen, um möglich negative Effekte der Multimorbidität zu vermeiden.

**PatV:** Absatz 3 macht deutlich, dass ein wesentlicher Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist, dass eine koordinierende Bezugsperson nach § 6 festgelegt wird. Bei der Wahl der Person erfolgt eine Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten. Dabei steht im Vordergrund, dass die koordinierende Person der Patientin oder dem Patienten möglichst schon vertraut sein sollte. Dies könnte also zum Beispiel eine Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer der Soziotherapie oder psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sein, welche die Patientin oder den Patienten behandelt oder aber eine angestellte Person bei einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungserbringerin oder einem ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungserbringer, die oder der in die Versorgung eingebunden ist. Die koordinierende Person wird also patientenindividuell festgelegt und ist nicht notwendigerweise für alle Patientinnen und Patienten des Netzverbundes dieselbe Person. Weitere Details zu den Voraussetzungen und den Aufgaben der koordinierenden Person regelt § 11.

**KBV:** *Keine Übernahme, daher keine Begründung*

#### Absatz 4

**GKV-SV/DKG:** In Absatz 4 wird das Aufstellen eines Kriseninterventionsplans als Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans festgelegt. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sowie relevanten Bezugspersonen werden insbesondere Frühwarnzeichen für Krisen erarbeitet und Techniken und Maßnahmen zur Reduktion des Belastungsniveaus entwickelt, um im Krisenfall gegenzusteuern. Ziel ist der Aufbau eines individuellen Krisennetzes.

Der Begriff „relevante Bezugspersonen“ bezeichnet Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten. Dies können insbesondere Eltern, Ehe- oder Lebenspartnerinnen oder -partner, Geschwister und Kinder oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit der Patientin oder des Patienten konfrontiert sind (z. B. Betreuerinnen und Betreuer einer Wohngruppe für psychisch Kranke). Der Einbezug relevanter Bezugspersonen dient dazu, deren Ressourcen im Umgang mit und zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten zu fördern und zu stärken. Die Möglichkeit zum Einbezug von relevanten Bezugspersonen begründet keinen eigenständigen Leistungsanspruch der relevanten Bezugspersonen.

Der Krisenplan sollte auch Angaben dazu enthalten, wie die Patientin oder der Patient die Ansprechpartnerin oder den Ansprechpartner für Krisensituationen [**GKV-SV:** aus dem Netzwerk nach § 7 Absatz 1 Nummer 7 der Richtlinie] kontaktieren und wie schnelle Hilfe [**GKV-SV:** zwischen 22 und 8 Uhr] erreicht werden kann.

**KBV:** In Absatz 4 wird das Aufstellen eines Kriseninterventionsplans als Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans festgelegt. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sowie den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen werden insbesondere Frühwarnzeichen für Krisen erarbeitet und Techniken und Maßnahmen zur Reduktion des Belastungsniveaus entwickelt, um im Krisenfall gegenzusteuern. Ziel ist der Aufbau eines individuellen Krisennetzes.

Der Krisenplan sollte auch Angaben dazu enthalten, wie die Patientin oder der Patient schnelle Hilfe zu Zeiten erreichen kann, in denen das Behandlungsteam nicht zur Verfügung stehen kann.

**PatV:** In Absatz 4 wird das Aufstellen eines Kriseninterventionsplans als Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans festgelegt. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sowie den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld werden insbesondere Frühwarnzeichen für Krisen erarbeitet und Techniken und Maßnahmen zur Reduktion des Belastungsniveaus entwickelt, um im Krisenfall gegenzusteuern. Ziel ist der Aufbau eines individuellen Krisennetzes.

Der Krisenplan sollte auch Angaben dazu enthalten, wie die Patientin oder der Patient die Ansprechpartnerin oder den Ansprechpartner für Krisensituationen aus dem Netzverbund nach § 7 Absatz 1 Nummer 7 der Richtlinie kontaktieren und wie schnelle Hilfe rund um die Uhr erreicht werden kann.

### **2.3.4 § 11 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund**

**GKV-SV:** Das zentrale Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Koordination der Versorgung. Schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf sind in besonderem Maße auf eine patientenzentrierte Versorgungskoordination angewiesen. Die Koordinationsfunktion umfasst neben der Sicherstellung der Vernetzung der Leistungserbringenden und Leistungserbringer, dem Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, der Terminvereinbarung auch das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten im häuslichen Umfeld, bei Bedarf das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld sowie die Motivation der Patientin oder des Patienten die Krankenbehandlung aufrechtzuerhalten.

In § 11 werden die Aufgaben der nichtärztlichen Koordinatorin oder des nichtärztlichen Koordinators nach § 6 beschrieben:

Zu 1. An der Versorgung schwer psychisch Kranker mit komplexem Behandlungsbedarf sind unterschiedliche Leistungserbringenden und Leistungserbringer beteiligt. Die Koordinatorin oder der Koordinator stellt die Vernetzung und den Informationsaustausch betreffend die individuellen Patientenbelange zwischen den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringenden und Leistungserbringern sicher.

Zu 2. Die Verantwortung für die jeweils von ihnen durchgeführten Behandlungsmaßnahmen liegen bei den behandelnden Leistungserbringenden und Leistungserbringern. Die für die Patientin oder den Patienten erforderlichen Behandlungsmaßnahmen werden durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt im Gesamtbehandlungsplan festgelegt. Aufgabe der Koordinatorin oder des Koordinators ist es die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans zu begleiten und nachzuhalten, um Behandlungsabbrüche zu verhindern.

Zu 3. Schwer psychisch kranke Menschen haben oftmals Probleme Termine für notwendige Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren, daher ist es die Aufgabe der Koordinatorin oder des Koordinators entsprechende Termine für erforderliche Behandlungen für die Patientin oder den Patienten zu vereinbaren und auf die Wahrnehmung der Termine hinzuwirken.

Zu 4. Die Patientin oder der Patient ist mindestens einmal im Quartal in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufzusuchen, um den Kontakt zum Netzverbund und zum Versorgungssystem zu halten und drohende Behandlungsabbrüche zu vermeiden, aber auch um die Patientin oder den Patienten in ihrem oder seinem gewohnten Lebensumfeld zu sehen und zu erleben.

Zu 5. Angehörige oder weitere enge Bezugspersonen sind meist in erheblichem Maße von der schweren psychischen Erkrankung mitbetroffen; gleichzeitig können sie ein wichtiger Gesprächspartner für die behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie die Koordinatorin oder den Koordinator sein. Daher ist bei Bedarf auch das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten von der Koordinationsfunktion umfasst.

Zu 6. Eine der zentralen Aufgaben der Koordinatorin oder des Koordinators ist es einen regelmäßigen Kontakt zu der Patientin oder dem Patienten aufrechtzuerhalten. Hierzu gehört wöchentlich telefonisch oder persönlich mit der Patientin oder dem Patienten in Kontakt zu treten und diesen zu motivieren die Behandlung fortzuführen. Der kontinuierliche Kontakt ist besonders wichtig, da die Koordinatorin oder der Koordinator regelmäßig Informationen über den Zustand der Patientin oder des Patienten erhält und ggf. kurzfristige Maßnahmen in Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt veranlassen kann.

**KBV:** Das Versorgungsangebot nach dieser Richtlinie soll eine strukturierte und koordinierte Versorgung nach dem patientenindividuellen Behandlungsbedarf sicherstellen. Hierfür sind umfassende Koordinationsaufgaben der Bezugärztin bzw. des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin bzw. des Bezugspsychotherapeuten zu übernehmen:

1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern
2. die Überprüfung der Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans,
3. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten
4. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich
5. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen, sofern erforderlich
7. den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten, sofern erforderlich Motivation und das Hinwirken auf Termintreue.

Die Übernahme dieser Aufgaben gewährleisten eine professionelle Organisation für einen optimalen Versorgungsprozess. Durch die Steuerung der Leistungsanspruchnahme kann eine bedarfsgerechte Versorgung unter Einbindung aller notwendigen Berufsgruppen erfolgen.

**DKG:** In § 11 werden die Koordinationsaufgaben der Bezugärztin bzw. des Bezugsarztes nach § 6 definiert:

Zu Nr. 1: An der Versorgung schwer psychisch Kranker mit komplexem Behandlungsbedarf sind unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Der Bezugsarzt bzw. die Bezugärztin stellt die Vernetzung und den Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sicher.

Zu Nr. 2: Die für die Patientin oder den Patienten erforderlichen Behandlungsmaßnahmen werden im Gesamtbehandlungsplan festgelegt. Neben der Festlegung dieser Maßnahmen hat der Bezugsarzt bzw. die Bezugärztin die Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans zu prüfen, um Behandlungsabbrüche zu verhindern.

Zu Nr. 3: Schwer psychisch kranke Menschen haben oftmals Probleme Termine für notwendige Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren, daher ist es die Aufgabe des Bezugsarztes bzw. der Bezugärztin entsprechende Termine für erforderliche Behandlungen, ggf. auch für

die Behandlung von Komorbiditäten außerhalb der Versorgung gemäß dieser Richtlinie, für die Patientin oder den Patienten zu vereinbaren.

Zu Nr. 4: Sofern erforderlich ist die Patientin oder der Patient in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufzusuchen, um den Kontakt zum Netzwerk und zum Versorgungssystem zu halten und drohende Behandlungsabbrüche zu vermeiden. *[Die Einschätzung, wie häufig und wann ein Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld erforderlich ist, obliegt der Bezugärztin bzw. dem Bezugsarzt. Die Verpflichtung zum „Hausbesuch“ könnte je nach Krankheitsbild ggf. sogar zum Abbruch der Behandlung durch den Patienten führen. Von einer Vorgabe zur Häufigkeit wird daher abgesehen.]*

Zu Nr. 5: Angehörige oder weitere enge Bezugspersonen sind meist in erheblichem Maße von der schweren psychischen Erkrankung mitbetroffen. Sie können daher ein wichtiger Gesprächspartner für die Bezugärztin bzw. den Bezugsarzt sein. Sofern zum Beispiel im Rahmen der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans erforderlich, hat die Bezugärztin bzw. der Bezugsarzt Gespräche im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten zu führen.

Zu Nr. 6: Eine der zentralen Aufgaben der Bezugärztin bzw. des Bezugsarztes ist es, wöchentlich telefonisch oder persönlich mit der Patientin oder dem Patienten in Kontakt zu treten. Der kontinuierliche Kontakt ist besonders wichtig, da die Bezugärztin bzw. der Bezugsarzt regelmäßig Informationen über den Zustand der Patientin oder des Patienten erhält und ggf. kurzfristige Maßnahmen veranlassen kann. Sofern erforderlich kann die Bezugärztin bzw. der Bezugsarzt hierbei auch die Patientin oder den Patienten motivieren und darauf hinwirken, Termine bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern einzuhalten, um drohende Behandlungsabbrüche zu vermeiden.

**PatV:** In § 11 werden die Aufgaben der koordinierenden Bezugsperson beschrieben:

Die koordinierende Bezugsperson steht in regelhaften und anlassbezogenen Austausch mit der für die Aufstellung des Gesamtbehandlungsplans verantwortlichen Person. Die Verantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess liegt bei den behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Die für die Patientin oder den Patienten erforderlichen Behandlungsmaßnahmen werden durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten im Gesamtbehandlungsplan festgelegt. Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson ist es, die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans zu begleiten und nachzuhalten, um Behandlungsabbrüche zu verhindern.

Schwer psychisch kranke Menschen haben oftmals Probleme Termine für notwendige Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren, daher ist es die Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson entsprechende Termine für erforderliche Behandlungen, ggf. auch von Komorbiditäten, für die Patientin oder den Patienten zu vereinbaren und auf die Wahrnehmung der Termine hinzuwirken.

An der Versorgung schwer psychisch Kranker mit komplexem Behandlungsbedarf sind unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt, auch außerhalb der ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V. Die koordinierende Bezugsperson stellt die Vernetzung und den Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sicher.

Zu diesem Zweck werden regelmäßige Fallbesprechungen durchgeführt, an denen alle für die Behandlung oder der Versorgung Beteiligten teilnehmen sollen.

Mit der Patientin oder dem Patienten ist mindestens dreimal im Quartal Kontakt aufzunehmen, auch in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, um den Kontakt zum Netzwerk und zum Versorgungssystem zu halten und drohende Behandlungsabbrüche zu vermeiden, aber auch um die Patientin oder den Patienten in ihrem oder seinem gewohnten Lebensumfeld zu sehen und zu erleben. Der kontinuierliche Kontakt ist besonders wichtig, da die koordinierende Bezugsperson regelmäßig Informationen über den Zustand der Patientin oder des Patienten erhält und ggf. kurzfristige Maßnahmen in Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt veranlassen kann.

Angehörige oder weitere enge Bezugspersonen sind meist in erheblichem Maße von der schweren psychischen Erkrankung mitbetroffen; gleichzeitig können sie ein wichtiger Gesprächspartner für die behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie für die koordinierende Bezugsperson sein. Daher ist auch das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten bei Bedarf von der Koordinationsfunktion umfasst.

Die koordinierende Bezugsperson stellt mit Einverständnis der Patientin oder des Patienten bei Bedarf auch Kontakt zu weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern her, die nicht unmittelbar an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt sind (vgl. § 4 Absatz 5), und sorgt für den Austausch, der für die Behandlung erforderlich ist.

### **2.3.5 § 12 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs**

**GKV-SV/KBV/PatV:** Krankenhäuser sind nach § 39 Absatz 1a SGB V verpflichtet, für den Übergang in die Anschlussversorgung ein Entlassmanagement zu gewährleisten. Für schwer psychisch kranke Menschen ist eine kontinuierliche Versorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zur Vermeidung von Versorgungslücken erforderlich. In § 12 werden daher Festlegungen getroffen, die den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung sowie umgekehrt regeln.

**DKG:** Zu einer Krankenhausbehandlung gehört gemäß § 39 Absatz 1a SGB V ein Entlassmanagement zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten beim Übergang in die Anschlussversorgung. Für schwer psychisch kranke Menschen ist eine kontinuierliche Versorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zur Vermeidung von Versorgungslücken erforderlich. In § 12 werden daher Festlegungen getroffen, die den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung sowie umgekehrt regeln.

#### Absatz 1

**Alle:** In Absatz 1 wird zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen die [**DKG:** möglichst] frühzeitige Erfassung der ggf. notwendigen Anschlussversorgung unter der Verantwortung der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes festgelegt.

**GKV-SV:** Der patientenindividuelle Bedarf ist dabei mittels geeigneter Bewertungsinstrumente zu erfassen; zugleich ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau der Patientin oder des Patienten mittels der GAF-Skala zu erheben. Auf Basis der durchgeführten Diagnostik ist ein Entlassplan aufzustellen, der den voraussichtlichen Versorgungsbedarf beinhaltet und die hierfür notwendigen Maßnahmen festlegt.

**DKG:** Der patientenindividuelle Bedarf ist dabei mittels geeigneter Bewertungsinstrumente zu erfassen. Hierfür können verschiedene Bewertungsinstrumente zum Einsatz kommen, die

auch die Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus oder Messung der Symptomlast (z. B. GAF, ICF, HoNOS, WHO-DAS) beinhalten. Auf dieser Basis ist ein Entlassplan aufzustellen, der den voraussichtlichen Versorgungsbedarf beinhaltet und die hierfür notwendigen Maßnahmen festlegt.

In der klinischen Versorgung kommen verschiedene Bewertungsinstrumente mit verschiedenen Zielstellungen sowohl bei der Erstdiagnostik, im Behandlungsverlauf, als auch bei der Planung des Überganges in die Anschlussversorgung zum Einsatz. Die Entscheidung welches Instrument zum Einsatz kommt, hängt von verschiedenen Faktoren und Rahmenbedingungen ab, die der ärztlichen Verantwortung und klinischen Beurteilung zu überlassen sind. Da diese Regelung alle zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen umfasst, wurde deshalb von der Festlegung des Einsatzes eines bestimmten Bewertungsinstrumentes abgesehen. Darüber hinaus entstünden dadurch zusätzliche finanzielle Aufwände bei der Krankenhausbehandlung, die nicht im Verhältnis zur Zielerreichung dieser Richtlinie stehen und somit als nicht sachgerecht zu bewerten sind.

Die Definition für ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtung für Erwachsene ergibt sich aus § 17d Absatz 1 Satz 1 KHG. Demnach sind sowohl Fachkrankenhäuser als auch selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie „psychiatrische Einrichtungen“. Fachkrankenhäuser und selbständige, gebietsärztlich geleitete Abteilungen im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind „psychosomatische Einrichtungen“.

**PatV:** Der patientenindividuelle Bedarf ist dabei mittels geeigneter Bewertungsinstrumente zu erfassen. Hierfür können verschiedene Bewertungsinstrumente zum Einsatz kommen, die auch die Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus oder Messung der Symptomlast (z. B. GAF, ICF, HoNOS, WHO-DAS) beinhalten.

## Absatz 2

**GKV-SV:** In Absatz 2 wird die Konstellation dargestellt, wonach dem Krankenhaus Informationen über eine bereits bestehende Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie durch einen Netzverbund bekannt sind. Um die nahtlose Weiterbehandlung sicherzustellen, tritt zum einen das Krankenhaus mit der für die Patientin oder den Patienten zuständigen Bezugsärztin oder dem zuständigen Bezugsarzt in Kontakt und übermittelt den (vorläufigen) Entlassbrief gemäß § 39 Absatz 1a SGB V; zum anderen wird die nichtärztliche koordinierende Person nach § 6 zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.

**KBV:** In Absatz 2 wird die Konstellation dargestellt, wonach dem Krankenhaus, welches an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnimmt, Informationen über eine bereits bestehende Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie durch einen Netzverbund bekannt sind. Um die nahtlose Weiterbehandlung sicherzustellen, tritt zum einen das Krankenhaus mit der für die Patientin oder den Patienten voraussichtlich zuständigen Bezugsärztin oder dem zuständigen Bezugsarzt bzw. der zuständigen Bezugspsychotherapeutin bzw. dem zuständigen Bezugspsychotherapeuten in Kontakt und übermittelt den (vorläufigen) Entlassbrief.

**DKG:** Ist ein Krankenhaus Kooperationspartner und somit Teil eines Netzverbundes der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V und ihm liegen Informationen über eine bereits bestehende Versorgung der Patientin oder des Patienten in diesem Netzverbund vor, tritt zum einen

das Krankenhaus mit der für die Patientin oder den Patienten zuständigen Bezugsärztin oder dem zuständigen Bezugsarzt in Kontakt und übermittelt den (vorläufigen) Entlassbrief; zum anderen wird die koordinierende Person zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.

**PatV:** In Absatz 2 wird die Konstellation dargestellt, wonach dem Krankenhaus Informationen über eine bereits bestehende Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie durch einen Netzverbund bekannt sind. Um die nahtlose Weiterbehandlung sicherzustellen tritt zum einen das Krankenhaus mit der für die Patientin oder den Patienten zuständigen Bezugsärztin oder dem zuständigen Bezugsarzt bzw. der zuständigen Bezugspsychotherapeutin bzw. dem zuständigen Bezugspsychotherapeuten in Kontakt und übermittelt den (vorläufigen) Entlassbrief; zum anderen wird die koordinierende Bezugsperson zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.

### Absatz 3

**GKV-SV:** In Absatz 3 werden Vorgaben für die Konstellation getroffen, in denen der Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie durch das Krankenhaus festgestellt wurde, diese bisher jedoch noch nicht erfolgt. In diesem Fall hat das Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung der Patientin oder des Patienten die für die Umsetzung des im Entlassplan festgehaltenen erforderlichen Maßnahmen zu organisieren. Hierzu gehört die Herstellung des Kontakts zu einem Netzverbund, die Übermittlung der Entlassdiagnostik an den Netzverbund sowie die Terminvereinbarung zur differentialdiagnostischen Abklärung. Der Termin hat innerhalb von drei Tagen nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin zu erfolgen, um eine nahtlose Anschlussbehandlung sicherzustellen.

**KBV:** In Absatz 3 werden Vorgaben für die Konstellation getroffen, in denen der Bedarf für eine Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V durch das Krankenhaus festgestellt wurde, diese bisher jedoch noch nicht erfolgt. In diesem Fall hat das Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung der Patientin oder des Patienten die für die Umsetzung des im Entlassplan festgehaltenen erforderlichen Maßnahmen zu organisieren. Hierzu gehört die Herstellung des Kontakts zu einem Netzverbund, die Übermittlung der Entlassdiagnostik an den Netzverbund sowie die Terminvereinbarung zur differentialdiagnostischen Abklärung innerhalb sieben Werktagen nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin.

**DKG/PatV:** Ist ein Krankenhaus Kooperationspartner und somit Teil eines Netzverbundes der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V, und bei einer Patientin oder einem Patienten wird der Bedarf für eine Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V festgestellt, hat das Krankenhaus rechtzeitig für die Herstellung des Kontakts zu einem Netzverbund, die Übermittlung der Entlassdiagnostik an den Netzverbund sowie die Terminvereinbarung zur differentialdiagnostischen Abklärung innerhalb von sieben Werktagen in der Eingangssprechstunde nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin zu sorgen.

**PatV:** Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen im Rahmen des Entlassmanagement entsprechend vorgehen.

Zur Klarstellung wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Umsetzung des Regelungsauftrags aus § 92 Abs. 6a S. 2 SGB V zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt.



#### Absatz 4

**Alle:** In Absatz 4 wird festgelegt, dass das Krankenhaus Patientinnen und Patienten, bei denen grundsätzlich der Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie festgestellt wurde, eine Versorgung durch einen Netzverbund jedoch abgelehnt wird, über alternative Versorgungsmöglichkeiten informiert.

#### Absatz 5

**Alle:** In Absatz 5 werden Regelungen für eine im Rahmen der Versorgung durch einen Netzverbund notwendig gewordene teilstationäre, vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung getroffen. Um die Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu stärken und eine nahtlose Versorgung der Patientin oder des Patienten sicherzustellen, stellt die Bezugärztin oder der Bezugsarzt [KBV/PatV: bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] dem aufnehmenden Krankenhaus die erforderlichen Informationen zum bisherigen Behandlungsverlauf (insbesondere zur Anamnese, Diagnostik und Behandlung) und den Behandlungszielen zur Verfügung.

### **2.3.6 § 13 Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung**

**GKV-SV/DKG:** Ziel der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung ist die bestmögliche Behandlung der Patientinnen und Patienten. Angestrebt kann bei psychischen Erkrankungen daher nicht immer die Heilung sein, sondern auch die Verbesserung der Krankheitszeichen und der Teilhabe am Leben und der Gesellschaft können schon wichtige Schritte sein. Hierfür ist die Stärkung der Betroffenen im Umgang mit sich selbst und ihrem sozialen Umfeld notwendig. Ein Ziel kann es daher auch sein, die Patientinnen und Patienten dazu zu befähigen, einen eigenständigen stabilen Umgang mit der eigenen Erkrankung zu finden und sie in die Lage zu versetzen [GKV-SV: auch ohne Koordinatorin oder Koordinator] im eigenen sozialen Umfeld die richtigen Hilfen zu finden.

#### Absatz 1

**GKV-SV:** Die in Absatz 1 getroffenen Festlegungen zu regelmäßig durchzuführenden Kontrolluntersuchungen dienen der gemeinsamen Reflektion des bisherigen Behandlungsverlaufs und der Einschätzung, ob die festgelegten Behandlungsziele erreicht werden können; sie sind insbesondere bei medikamentöser Behandlung unverzichtbar. Rückfälle und sich eventuell abzeichnende Nebenwirkungen können so frühzeitig erkannt werden; gleichzeitig bieten sie die Gelegenheit mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt Fragen oder Probleme zu besprechen. Die Häufigkeit der Kontrolluntersuchungen ist patientenindividuell festzulegen und richtet sich nach der Schwere der Erkrankung sowie der Behandlungsphase, in der sich die Patientin oder der Patient befindet. Der Gesamtbehandlungsplan ist in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten anzupassen.

**KBV:** Für den Behandlungserfolg ist eine regelmäßige quartalsweise Beurteilung des Behandlungsfortschritts und die Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele erforderlich. Dies ist in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele des Behandlungsplans anzupassen, da zum

Beispiel festgelegte Ziele bereits erreicht wurden, Medikamente umgestellt wurden oder andere Therapieziele die veränderten Lebensumstände der Patientinnen und Patienten berücksichtigen müssen.

**DKG:** Die in Absatz 1 getroffenen Festlegungen zu regelmäßig durchzuführenden Kontrolluntersuchungen dienen der gemeinsamen Reflektion des bisherigen Behandlungsverlaufs und der Einschätzung, ob die festgelegten Behandlungsziele erreicht werden können; sie sind insbesondere bei medikamentöser Behandlung unverzichtbar. Rückfälle und sich eventuell abzeichnende Nebenwirkungen können so frühzeitig erkannt werden; gleichzeitig bieten sie die Gelegenheit mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt Fragen oder Probleme zu besprechen. Die Verlaufskontrolle sollte mindestens quartalsweise stattfinden. Der Gesamtbehandlungsplan ist in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten anzupassen.

Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und die Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele sind regelmäßig, mindestens jedoch quartalsweise, durch die Bezugärztin bzw. den Bezugsarzt und sofern erforderlich in Abstimmung mit den weiteren an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern vorzunehmen. Sofern erforderlich sind die Therapieziele des Gesamtbehandlungsplans anzupassen.

**PatV:** Die in Absatz 1 getroffenen Festlegungen zu regelmäßig durchzuführenden Kontrolluntersuchungen dienen der gemeinsamen Reflektion des bisherigen Behandlungsverlaufs und der Einschätzung, ob die festgelegten Behandlungsziele erreicht werden können; sie sind insbesondere bei medikamentöser Behandlung unverzichtbar. Rückfälle und sich eventuell abzeichnende Nebenwirkungen können so frühzeitig erkannt werden; gleichzeitig bieten sie die Gelegenheit mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten Fragen oder Probleme zu besprechen. Die Häufigkeit der Kontrolluntersuchungen ist patientenindividuell festzulegen und richtet sich nach der Schwere der Erkrankung sowie der Behandlungsphase, in der sich die Patientin oder der Patient befindet. Der Gesamtbehandlungsplan ist in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten anzupassen.

## Absatz 2

**GKV-SV/PatV:** Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet sich insbesondere an schwer psychisch Kranke mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. In Absatz 2 wird daher festgelegt, dass die in § 2 definierten Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie halbjährlich durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt [**PatV:** bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten] zu überprüfen sind.

**KBV/DKG:** Der Überleitungsplan trägt zur passgenauen Überführung der Patientin oder des Patienten in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie bei. Hierfür sind die wesentlichen Informationen über den Behandlungsverlauf an die (weiter-)behandelnde Ärztin oder den (weiter-)behandelnden Arzt bzw. die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten weiterzugeben. Diese Informationen müssen eine Beurteilung über die weitere Behandlung in der Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie zulassen. Zur Nachsorge und zur Vermeidung einer Chronifizierung kann eine Rezidivprophylaxe sinnvoll sein. Diese richtet sich an Patientinnen und Patienten bei denen Art und Schweregrad der psychischen Krankheit zur Vermeidung einer weiteren Chronifizierung und zum Erhalt der therapeutischen Kontinuität eine längerfristige, niederfrequente psychotherapeutische Behandlung erfordern.

### Absatz 3

**GKV-SV:** Absatz 3 regelt den Fall, dass die in § 2 definierten Voraussetzungen oder eine positive Behandlungsprognose für eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr vorliegen, weil beispielsweise eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus eingetreten ist oder weil aufgrund des bisherigen Verlaufs oder wegen der Art und des Ausprägungsgrades der psychischen Störung oder der damit verbundenen Einschränkungen nach Einschätzung der Bezugssärztin oder des Bezugsarztes nicht mehr zu erwarten ist, dass die mit einer Fortsetzung der Versorgung nach dieser Richtlinie angestrebten Ziele erreicht werden können. Zeichnet sich im Behandlungsverlauf ab, dass eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr möglich ist, ist die Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung frühzeitig anzustreben.

Schwere psychische Erkrankungen verlaufen üblicherweise nicht linear. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, kann eine Versorgung nach dieser Richtlinie erneut erfolgen, wenn die Voraussetzungen neu erfüllt sein sollten. Aus Gründen der Behandlungskontinuität ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.

**KBV:** Durch ein Assessment der Patientin oder des Patienten durch ein anderes Netzverbundmitglied wird die Bewertung des Versorgungsbedarfs erneuert und um eine zusätzliche Expertise erweitert. Die Ergebnisse werden im Behandlungsteam besprochen, um auf dieser erweiterten Grundlage die Behandlung der Patientin oder des Patienten zu planen.

**DKG:** Dauert die Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie länger als ein Jahr, ist durch ein weiteres Mitglied des Netzverbundes ein Assessment im Sinne eines Peer Reviews bei der Patientin oder dem Patienten durchzuführen. Dies dient als qualitätssichernde Maßnahme. Die Ergebnisse sind im Rahmen einer Fallbesprechung gemeinsam zu bewerten und in die Planung der weiteren Behandlung einzubeziehen.

**PatV:** Absatz 3 regelt den Fall, dass die in § 2 definierten Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr vorliegen, weil beispielsweise eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus eingetreten ist. Zeichnet sich im Behandlungsverlauf ab, dass eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr möglich ist, ist die Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung frühzeitig anzustreben.

Schwere psychische Erkrankungen verlaufen üblicherweise nicht linear. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, kann eine Versorgung nach dieser Richtlinie erneut erfolgen, wenn die Voraussetzungen neu erfüllt sein sollten. Aus Gründen der Behandlungskontinuität ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.

## 2.4 Zu Abschnitt D – Evaluation

### 2.4.1 § 14 Evaluation

**Alle:** Da mit dem § 92 Absatz 6b SGB V ein integratives Versorgungskonzept für insbesondere schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf geschaffen wurde, sollen die Regelungen der Richtlinie innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Beschlusses evaluiert [**GKV-SV** und ggf. angepasst] werden. Gegenstand der Evaluation ist die Frage, ob die in § 1 festgelegten Versorgungsziele mit den getroffenen Regelungen erreicht werden konnten. Dabei sind auch mögliche Hindernisse der Umsetzung der Regelungen sowie unerwünschte Auswirkungen zu berücksichtigen. [**GKV-SV:** Zudem ist in der Evaluation zu prüfen, ob sich bundesweit Netzverbände etabliert haben.]

## 2.5 Zu Anlage 1

**GKV-SV:** Die in Anlage 1 genannten Leistungen konkretisieren die in der Richtlinie geregelte Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V. Es werden Präzisierungen zur differentialdiagnostischen Abklärung, auf deren Basis der Gesamtbehandlungsplan für die Patientin oder den Patienten erstellt wird, zu den patientenindividuellen Fallbesprechungen, die den kooperativen, interdisziplinären Austausch fördern sollen, zur Koordination der Patientenversorgung, als zentralem Element der Versorgung nach dieser Richtlinie, und zur Neubewertung der Versorgungssituation vorgenommen.

**KBV:** Die in der Anlage dargestellten Leistungsmodule stellen die für die Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Leistungsinhalte dar und konkretisieren damit die Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie bilden insbesondere die für die Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Versorgungsinhalte zum Beispiel für die intensivierete Koordination entlang des Versorgungsprozesses ab und sind für den Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten nach § 2 erforderlich.

**DKG/PatV:** *keine Übernahme, daher keine Begründung*

### 3. Würdigung der Stellungnahmen

[wird nach dem Stellungnahmeverfahren ergänzt]

### 4. Bürokratiekostenermittlung

[wird nach Abschluss der Bürokratiekostenermittlung ergänzt]

### 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
22.11.2019		Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 40, ausgegeben zu Bonn am 22.11.2019
19.12.2019	G-BA	Beschluss zur Einrichtung eines ad-hoc Unterausschuss (UA) „Umsetzung des Regelungsauftrags nach § 92 Absatz 6b SGB V“ sowie Einleitung eines Verfahrens nach 1. Kapitel § 5 Absatz 1 VerfO
21.01.2020	UA ad-hoc	Auftakt-Sitzung
16.04.2020	G-BA	Beschluss über die Bestimmung stellungnahmeberechtigter Organisationen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) i.V.m. 1. Kapitel § 9 VerfO
20.08.2020	G-BA	Beschluss zur Bestimmung stellungnahmeberechtigter Organisationen für die Erstfassung der Richtlinie
15.10.2020	G-BA	Beschluss zur Bestimmung weiterer Stellungnahmeberechtigter sowie Beschluss zur Delegation der Entscheidung über die Einräumung eines Stellungnahmerechts im Einzelfall zur Erstfassung der Richtlinie auf den UA-adhoc 92-6b
20.10.2020 01.12.2020 15.12.2020	UA ad-hoc	Delegationsbeschlüsse zur Bestimmung weiterer Stellungnahmeberechtigter für die Erstfassung der Richtlinie
15.12.2020	UA ad-hoc	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO
TT.MM.2020	UA ad-hoc	Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen und weitere Beratung der Richtlinie
TT.MM.2020	UA ad-hoc	Anhörung und Würdigung der mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlung
TT.MM.2020	G-BA	
TT.MM.2020		Ergebnis der Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
TT.MM.2020		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.2020		Inkrafttreten

## 6. Fazit

Berlin, den XX. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## B-6 Eingegangene schriftliche Stellungnahmen



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 26.01.2021

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456-430  
Fax +49 30 400 456-455  
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.10

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

### **per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und  
veranlasste Leistungen  
Frau Dr. Edith Pfenning  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Erstfassung einer  
Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker  
Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V**  
*Ihr Schreiben vom 15.12.2020*

Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH  
Leiter Dezernat 3

**Anlage**



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 26.01.2021

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456-430  
Fax +49 30 400 456-455  
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.10

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und  
veranlasste Leistungen  
Frau Dr. Edith Pfenning  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Erstfassung einer  
Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker  
Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V**  
*Ihr Schreiben vom 15.12.2020*

Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH  
Leiter Dezernat 3

**Anlage**





## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

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

Berlin, 26.01.2021

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## Hintergrund:

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vom 15.12.2020 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V über die Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V (Erstfassung) aufgefordert.

Die Bundesärztekammer begrüßt ausdrücklich den Richtlinienentwurf über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbedarf. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind in besonderer Weise gefährdet, die bestehenden Versorgungsformen nicht in angemessener Weise nutzen zu können. Aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung können aber gerade diese Patientinnen und Patienten von einer koordinierten und strukturierten Versorgung profitieren.

Die Versorgung nach der Richtlinie im Netzverbund soll gegenüber der Regelversorgung den Zugang zur berufsübergreifenden Krankenhausbehandlung verbessern sowie den Übergang zwischen ambulanter und stationärer Behandlung erleichtern. Der Versorgungsbedarf soll zeitnah festgestellt werden und somit diagnostische und therapeutische Maßnahmen schneller eingeleitet werden können. Das soziale Umfeld sowie Einrichtungen außerhalb des SGB V sollen innerhalb des verbindlichen, patientenzentrierten Gesamtbehandlungsplans mit einbezogen werden können. Dabei soll das Ziel sein, Patienten möglichst in ambulanten Strukturen zu versorgen und Krankenhausaufnahmen zu vermeiden. Die Netzverbundstruktur schafft die Voraussetzung, die bisher oft fehlende Koordinierung und berufsübergreifende Vernetzung der an der Behandlung Beteiligten herzustellen. Dazu müssen Regelungen getroffen werden, die die Einbettung der neuen Richtlinie in die bestehenden Versorgungsstrukturen festlegen. Dazu gehören auch Regelungen welche Akteure der bestehenden Versorgung an der neuen Richtlinien-Versorgung teilnehmen und unter welchen Bedingungen dies geschehen soll.

Die Bundesärztekammer begrüßt die Fokussierung auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierendem komplexen Versorgungsbedarf. Der Zugang zu der Versorgung sollte daher weder zu breit noch zu engmaschig sein, um ihn einerseits möglichst vielen Patientinnen und Patienten zu ermöglichen und andererseits die Richtlinien-Versorgung nicht auf Patientinnen und Patienten mit weniger schweren psychischen Erkrankungen und klar definiertem psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungsbedarf auszuweiten. Die Auswahl der Patientinnen und Patienten sollte dabei über den Schweregrad der Erkrankung, beziehungsweise die Ausprägung der Einschränkungen in Funktions- und Lebensbereichen, erfolgen. Der Ausschluss von einzelnen Diagnosen oder Diagnosegruppen aus dem psychiatrischen und psychosomatischen Diagnosespektrum ist daher nicht notwendig.

Die Behandlungsleitung und damit verbundenen Delegationsaufgaben sowie die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans innerhalb des Netzverbunds kann nur durch Fachärzte und -ärztinnen der entsprechenden Fachgebiete erfolgen. Der Vorschlag auch nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten als Bezugsbehandler zuzulassen wird ausdrücklich abgelehnt. Die Behandlungsleitung muss durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt erfolgen. Die hier adressierten schweren psychischen Erkrankungen sind definitionsgemäß ja Erkrankungen der Gebiete Psychiatrie bzw. Psychosomatik, die also regelmäßig und untrennbar sowohl somatische als auch psychische Pathologien betreffen. Die Psychotherapie ist hingegen ein therapeutisches Mittel (neben anderen), das in der Behandlung dieser schwer Erkrankten eingesetzt wird. Menschen mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen sind zudem in besonderer Weise von weiteren somatischen Vor- oder Begleiterkrankungen betroffen und bedürfen häufig einer pharmakologischen (Begleit-) Behandlung einerseits der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen andererseits dieser weiteren somatischen Erkrankungen. Daher muss die Behandlungsleitung obligat von einer entsprechenden Fachärztin oder einem entsprechenden Facharzt durchgeführt werden, da

nur sie über die in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung erworbenen, hierfür erforderlichen Kompetenzen verfügen.

Zugang zu der Versorgung nach Richtlinienkriterien sollten alle Patientinnen und Patienten ab dem Alter von 18 Jahren haben, die an einer Erkrankung aus dem psychiatrischen oder psychosomatischen Diagnosespektrum leiden. Die Auswahl der Patientinnen und Patienten sollte über den Schweregrad der Erkrankung erfolgen und nicht über die spezifische Diagnose. Die Richtlinie soll die Versorgung insbesondere von schwer psychisch kranken Menschen mit höhergradigen Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveau verbessern. Diesem Auftrag muss bei der Festlegung des Zugangs im Rahmen der Ersteinschätzung unbedingt Rechnung getragen werden.

## **Die Bundesärztekammer nimmt zur Erstfassung der Richtlinie wie folgt Stellung:**

### **§ 1 Zweck und Versorgungsziele, Absatz 3, Nr. 4**

Der Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auch Psychotherapeuten oder -therapeutinnen als Bezugsbehandler zuzulassen, wird abgelehnt. Die Behandlungsleitung muss durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt erfolgen. Nur Fachärztinnen und Fachärzte mit einer entsprechenden ärztlichen Weiterbildung sind aufgrund ihrer ärztlichen Kompetenz in der Lage, nicht nur die Art und Schwere der aktuellen Erkrankung umfassend einzuschätzen, sondern auch somatische und psychische Vor- und Begleiterkrankungen hinsichtlich ihrer Relevanz einzuordnen und entsprechende Diagnostik und Therapien, einschließlich medikamentöser Therapien, einzuleiten. Zudem verfügen sie durch die kollegiale Vernetzung über die logistischen Voraussetzungen, die die koordinierende Funktion einer komplexen Behandlung erfordert. Davon unterschieden werden muss die daneben sinnvolle Übertragung von selbstverständlich auch selbständig durchzuführenden und zu verantwortenden Aufgaben an nicht-ärztliche Psychotherapeuten (und auch weitere Berufsgruppen), je nach festgestellten Bedürfnissen der Patienten.

### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Streichung des Vorschlags der KBV auch nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Bezugsbehandler zuzulassen.

### **§ 2 Definition der Patientengruppe, Absatz 2**

In diesem Absatz wird anhand der Diagnosen die Patientengruppe definiert, die Zugang zu der Versorgung nach Richtlinienkriterien hat. Der GKV-SV schließt einzelne Diagnosegruppen aus. Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Krankenhaus Gesellschaft (DKG) und der Patientenvertretung (PatV) alle psychischen Erkrankungen mit psychiatrischem und psychosomatischem Behandlungsbedarf zur Richtlinienversorgung zuzulassen. Die Auswahl der Patientinnen und Patienten sollte über den Schweregrad der Erkrankung erfolgen und nicht über die spezifische Diagnose. Die Benennung spezifischer Diagnosen als Zugangsvoraussetzung ist nicht notwendig.

### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Übernahme der Position von KBV, DKG und PatV.

### **§ 2 Definition der Patientengruppe, Absatz 3**

In diesem Absatz wird ausgeführt, welche Funktionseinschränkungen vorliegen müssen, um den Zugang zu der Versorgung nach Richtlinienkriterien zu gewähren. Die Richtlinie soll die Versorgung insbesondere von schwer psychisch kranken Menschen verbessern. Diesem Auftrag muss bei der Festlegung des GAF-Grenzwertes Rechnung getragen werden. Wir schlagen einen GAF-Grenzwert von 50 vor, um die Gruppe der Patienten auf die schwer- und schwerstkranken Menschen zu begrenzen.

### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Übernahme der Position von KBV, DKG und PatV.

### **§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes, Absatz 2**

Aufgrund der Schwere der Erkrankungen, der an der Versorgung nach Richtlinie teilnehmenden Patientinnen und Patienten, muss der Gesamtbehandlungsplan obligatorisch unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes erstellt werden. Nur sie verfügen über die ausreichende Kompetenz die Behandlung auch im somatischen Bereich zu überblicken, entsprechende Diagnostik und Therapie durchzuführen beziehungsweise zu veranlassen.

### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Position der KBV, dass auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Leitungsfunktion in einem Netzwerk übernehmen können, wird aus den bereits erwähnten medizinischen Gründen abgelehnt.

### **§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes, Absatz 3**

Der Netzwerkverbund muss eine realistische Größe haben, um seine Funktion vollumfänglich erfüllen zu können. Wird die Anzahl der Netzwerkteilnehmer zu klein gewählt, kann nicht von einem Netzwerk gesprochen werden und die Versorgung kann nicht gewährleistet werden. Ist die Anzahl der Teilnehmer zu hoch angesetzt, besteht die Gefahr, dass in vielen Regionen unter Umständen keine Netzwerke zustande kämen.

### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Der Vorschlag der DKG wird befürwortet. Ein Netzwerkverbund besteht aus mindestens sechs Fachärztinnen oder -ärzten und sechs Psychotherapeutinnen oder -therapeuten.

### **§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes, Absatz 4**

Um den Versorgungsauftrag angemessen realisieren zu können, sind verbindliche Kooperationsverträge notwendig. Zudem müssen Regelungen zur Erleichterung der Sektorenübergänge enthalten sein. Für die Erfüllung des Versorgungsauftrags, insbesondere im Krisenfall, ist die Beteiligung mindestens eines regionalen, an der Pflichtversorgung teilnehmenden Krankenhauses notwendig.

### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Position von KBV und DKG wird unterstützt.

#### **§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes, Absatz 5**

Es sollten die in § 4 Absatz 5 genannten Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern, einschließlich den von DKG und KBV vorgeschlagenen Suchtberatungsstellen und ambulanten Wohneinrichtungen für Demenzkranke, eingegangen werden, um im Bedarfsfall eine optimale, an das Krankheitsbild angepasste Versorgung zu gewährleisten.

#### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Position von DKG und KBV wird unterstützt.

#### **§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes, Absatz 10**

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind in besonderem Maße von somatischen Komorbiditäten betroffen bzw. bedürfen aufgrund von medikamentösen Interaktionen einer engmaschigen Kontrolle zum Beispiel durch Hausärztinnen und -ärzten oder Internistinnen und Internisten. Vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte können wertvolle Informationen für den diagnostischen und therapeutischen Prozess beitragen. Sie sollen, auch zur Wahrung der Kontinuität für die Patientinnen und Patienten, bei Bedarf in die Netzverbundstruktur einbezogen werden.

#### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

„Vorbehandelnde<sup>\*</sup> Fachärztinnen und Fachärzte sollen bei Bedarf in die Fallbesprechungen eingebunden werden.“

#### **§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt, Absatz 1, Absatz 2, Absatz 4**

Zu Absatz 1 und 2:

Die Behandlungsleitung soll ausschließlich durch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde bzw. Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie durchgeführt werden. Für die Patientengruppe der 18 bis 21jährigen können ggf. auch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie verantwortlich sein. Nur die genannten Fachärztinnen und -ärzte verfügen über die hinreichende Kompetenz die Behandlung zu planen und zu koordinieren. Im Rahmen der Erstellung des Behandlungsplans gemäß § 9 Absatz 1 wird durch die in § 3 Absatz 1 festgelegten Leistungserbringer auch die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt festgelegt. Ist dies aus organisatorischen oder anderen Gründen (Expertise, fehlendes Vertrauen des Patienten) nicht möglich, sollte die Patientin oder der Patient an einen anderen Behandler (gemäß § 3 Absatz 1) weitergeleitet werden.

Zu Absatz 4:

Es ist nicht notwendig und auch nicht sinnvoll in der Richtlinie die Aufgaben der Ärztin oder des Arztes im niedergelassenen Bereich zu regeln, wie dies in § 5 Absatz 4 von GKV-SV und PatV formuliert wird.

#### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Position der DKG zu allen Absätzen wird befürwortet.

#### **§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten, Absatz 1**

Die Koordination der Versorgung ist nicht vollumfänglich durch eine nicht-ärztliche Person möglich, wie im Vorschlag des GKV-SV und der PatV gefordert. Einzelne Aufgaben allerdings können und sollten selbstverständlich an nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen werden.

#### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Position von GKV-SV und PatV sollte nicht übernommen werden, die Position der DKG wird unterstützt.

#### **Aufgaben und Organisation des Netzverbundes, § 7 Absatz 1 Nr. 9**

Nur durch regelmäßige Netzverbundkonferenzen ist eine koordinierte, berufsübergreifende Versorgung und die angemessene Einbindung aller Berufsgruppen möglich.

#### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Position von KBV, DKG und PatV sollte übernommen werden.

#### **§ 8 Zugang, Absatz 2**

Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie sollen die in § 2 Absatz 2 und 3 genannten Patientinnen und Patienten haben. Es sollen insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in die Richtlinienversorgung eingeschlossen werden. Es ist daher sinnvoll, dass die Zuweisung möglichst durch Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgt, die im Rahmen ihrer Tätigkeit häufig mit solchen Patientinnen und Patienten in Kontakt kommen bzw. die aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung mit den entsprechenden Krankheitsbildern vertraut sind.

#### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Position von GKV-SV und DKG sollte übernommen werden. Hier wäre als Ergänzung sinnvoll, daneben auch weitere Fachärztinnen und -Ärzte zuzulassen, wenn diese über eine anerkannte Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung verfügen.

#### **§ 8 Zugang, Absatz 5**

Eine obligatorische differentialdiagnostische Abklärung innerhalb von drei Tagen ist unrealistisch und nicht notwendig.

#### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Der Vorschlag des GKV-SV wird abgelehnt.

#### **§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung, Absatz 7**

Insbesondere Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen können im Bedarfsfall von einer aufsuchenden Behandlung profitieren. Die aufsuchende Behandlung und damit der Einbezug des häuslichen Umfelds kann ein für die Patientin oder den Patienten äußerst wertvoller Behandlungsbaustein im Rahmen einer multimodalen Behandlung sein. Sie ermöglicht einen niedrigschwelligen Zugang und kann, je nach Bedarf, durch verschiedene Leistungserbringer des Verbunds erbracht werden.

### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Position von KBV und PatV wird befürwortet.

#### **§ 10 Gesamtbehandlungsplan, Absatz 1**

Der Gesamtbehandlungsplan muss obligat durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt erstellt werden (s. dazu auch Kommentar zu § 5 Absatz 1). Die Erstellung des für die Dauer der Behandlung und für alle Leistungserbringer verbindlichen Behandlungsplans kann nur durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt erfolgen. Die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer und bei Bedarf relevante Bezugspersonen werden mit einbezogen. Der Behandlungsplan enthält alle für die Therapie benötigten Angaben.

### **Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Position der DKG wird befürwortet.

Stellungnahme

---

Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf

Erstfassung

---

**25.01.2021**



## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>A. Allgemeines .....</b>	<b>6</b>
2.1	Zweck und Versorgungsziele (§ 1) .....	6
2.2	Definition der Patientengruppe (§ 2) .....	8
2.3	Teilnehmende Leistungserbringer*innen (§ 3) .....	13
<b>3</b>	<b>B. Ausgestaltung des Netzverbundes .....</b>	<b>16</b>
3.1	Zusammensetzung des Netzverbundes (§ 4).....	16
3.2	Bezugsärzt*in/Bezugspsychotherapeut*in (§ 5) .....	26
3.3	Zuständige Berufsgruppen für die Koordination (§ 6).....	29
3.4	Aufgaben und Organisation des Netzverbundes (§ 7) .....	33
<b>4</b>	<b>C. Patientenversorgung .....</b>	<b>35</b>
4.1	Zugang (§ 8) .....	35
4.2	Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung (§ 9) .....	40
4.3	Gesamtbehandlungsplan (§ 10).....	45
4.4	Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund (§ 11) .....	47
4.5	Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 12) .....	48
4.6	Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung (§ 13) .....	51
<b>5</b>	<b>Anlage .....</b>	<b>54</b>
5.1	Vorbemerkungen .....	54
5.2	Leistungsmodule .....	55
<b>6</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>64</b>

## 1 Einleitung

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 92 Absatz 6b SGB V damit beauftragt, eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf in einer eigenen Richtlinie zu regeln. Der Gesetzgeber hat dabei in der Gesetzesbegründung ausdrücklich auf die Kooperation von Psychotherapeut\*innen mit den anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer\*innen abgestellt und zielt dabei insbesondere auf die Fachärzt\*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzt\*innen mit den zugehörigen älteren Fachgebietsbezeichnungen ab. Adressiert werden sollen dabei sowohl Patient\*innen mit einem komplexen psychiatrischen als auch mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der Gesetzgeber sieht in diesem Sinne für diese Versorgungsform eine gleichberechtigte Kooperation von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut\*innen und den genannten Facharztgruppen vor. Zugleich wird mit Blick auf den spezifischen Versorgungsbedarf eine Koordinationsfunktion der Vertragspsychotherapeut\*innen und Vertragsärzt\*innen in Abhängigkeit von dem jeweiligen Behandlungsschwerpunkt – psychiatrisch oder psychotherapeutisch – vorgedacht.

Die Verbesserung der Versorgung von schwer psychisch kranken Versicherten aus der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung heraus ist somit ein zentrales Ziel dieser neuen Versorgungsform. Um dieses zu erreichen, ist ein niederschwelliger, zeitnaher Zugang zu dieser Versorgung gerade für diejenigen Patient\*innen sicherzustellen, die aufgrund ihrer Erkrankung nur bedingt in der Lage sind, sich die benötigten Behandlungs- und Teilhabeleistungen selbst zu beschaffen. Dabei geht es auch darum, aufsetzend auf der ambulanten Regelversorgung ein intensives ambulantes multimodales und aufeinander abgestimmtes Behandlungsangebot zu entwickeln und möglichst flächendeckend vorzuhalten, das geeignet ist, durch eine bedarfsgerechte koordinierte ambulante Versorgung auch stationäre Behandlungen zu vermeiden.

### **Behandlungsverantwortung und Koordination durch Bezugspsychotherapeut\*innen**

Psychotherapeut\*innen erfüllen seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie mit Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde bereits verstärkt eine umfassende Koordinationsfunktion in der Versorgung von Patient\*innen mit psychischen Erkrankungen. Sie führen eine differenzialdiagnostische Abklärung der psychischen Erkrankung durch, veranlassen die somatische Abklärung der Beschwerden durch mitbehandelnde Ärzt\*innen, stellen die Indikation für die weitere Behandlung und verfügen über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen und Verordnungsbefugnisse, um auch die Koordination der

Versorgung von Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen umfassend wahrzunehmen. Damit übernehmen Psychotherapeut\*innen im Versorgungsalltag bereits jetzt die Aufgabe einer zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen und sind damit umfassend für die Übernahme der Rolle als Bezugspsychotherapeut\*in für die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf qualifiziert. Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ist die Möglichkeit der Übernahme der Rolle als Bezugspsychotherapeut\*in daher eine zwingende Konsequenz aus dem gesetzlichen Auftrag für die Erstellung einer Richtlinie zur Versorgung von Patient\*innen mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf.

### **Koordination durch Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in**

Aus Sicht der BPTK ist die Koordination der Versorgung genuine Aufgabe der Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in. Sinnvoll ist dabei, dass je nach individuellem Behandlungs- und Koordinationsbedarf der Patient\*in Teile der Koordination an andere Berufsgruppen übertragen werden können. Diese Aufgaben der Koordination können jedoch nicht in Gänze an andere Berufsgruppen abgegeben werden. Dies würde zu einer deutlichen Absenkung der Strukturqualität für eine besonders vulnerable Patientengruppe führen.

Damit Patient\*innen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen eine verbesserte Versorgung erhalten, ist der Aufbau einer langfristigen, vertrauensvollen Beziehung zu ihrer Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in erforderlich. Dafür braucht es die Verortung der Koordination auf dieser Ebene. Die Bezugsärzt\*in bzw. Bezugspsychotherapeut\*in muss den Patient\*innen persönlich bei allen relevanten Fragen der Behandlungsplanung, in Krisensituationen und bei der Abstimmung mit weiteren Leistungserbringer\*innen als zentrale Ansprechperson zur Verfügung stehen.

### **Schaffung eines intensiv-ambulanten multimodalen Versorgungsangebots**

Um eine angemessene Versorgung dieser Patientengruppe zu ermöglichen, ist es erforderlich, in dieser Richtlinie über die bestehende Regelversorgung hinaus spezifische zusätzliche Leistungen zur Verfügung zu stellen. Dabei muss auch sichergestellt werden, dass für diese Patient\*innen Behandlungskontinuität durch Mitglieder des Netzverbundes über einen längeren Zeitraum gewährleistet wird.

### **Ausreichende Behandlungskapazitäten gewährleisten**

Um die Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen flächendeckend zu verbessern, muss nicht nur ein qualitativ hochwertiges Versorgungs-

angebot konzipiert werden, sondern es müssen auch ausreichend Versorgungskapazitäten dafür zur Verfügung stehen. Dabei muss insbesondere in Regionen, in denen aktuell bereits unzureichende psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Behandlungskapazitäten bestehen, sichergestellt werden, dass dies nicht zulasten der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne aktuell komplexen Behandlungsbedarf erfolgt. Es muss daher erreicht werden, dass Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, die sich künftig in Netzverbänden für eine verbesserte Versorgung dieser besonders schwer erkrankten Patientengruppe engagieren, ausreichend Behandlungskapazitäten zur Verfügung stellen können. Um dies gezielt zu fördern, ist aus Sicht der BPtK eine Anpassung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie erforderlich. Hierdurch sollte den an Netzverbänden beteiligten Leistungserbringer\*innen ermöglicht werden, gezielt weitere Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen für die Versorgung von Patient\*innen nach dieser Richtlinie anzustellen, ohne dass deren Leistungserbringung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie durch die Regelungen nach § 42 Bedarfsplanungs-Richtlinie begrenzt wird.

## 2 A. Allgemeines

### 2.1 Zweck und Versorgungsziele (§ 1)

In § 1 werden Zweck und Versorgungsziele der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V definiert, die gemäß des gesetzlichen Auftrags Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, treffen soll.

#### Ziele der Richtlinie (§ 1 Absatz 2)

In § 1 Absatz 2 werden das Hauptziel und die Unterziele definiert, die die neu gestaltete Richtlinie erfüllen soll.

- **Niedrigschwellige wohnortnahe Angebotsstruktur sicherstellen (§ 1 Absatz 2 Nr. 1)**

Unter § 1 Absatz 2 Nr. 1 wird der, im Vergleich zur bestehenden Versorgung, niedrigschwelligere Zugang zur neu geschaffenen Versorgungsform als Unterziel der Richtlinie formuliert.

**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und Patientenvertretung (PatV) zu § 1 Absatz 2 Nr. 1.**

#### **Begründung:**

Die Wirksamkeit eines Versorgungsangebots hängt wesentlich davon ab, ob das Angebot für die Patientenzielgruppe erreichbar und zugänglich ist. Insbesondere schwer psychisch kranke Menschen werden bislang unzureichend durch bestehende Versorgungsangebote erreicht. Eine regionale und wohnortnahe Verankerung der neu zu schaffenden Versorgung nach dieser Richtlinie kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, diese Patient\*innen angemessen zu versorgen. Deswegen ist es geboten, unter § 1 Absatz 2 Nr. 1 als Teilziel die Verbesserung der Versorgung über eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur aufzunehmen.

- **§ 1 Absatz 2 Nr. 2**

Unter § 1 Absatz 2 Nr. 2 werden zeitnahe Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten als weiteres Unterziel der Richtlinie genannt.

**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 1 Absatz 2 Nr. 2.**

### **Begründung:**

Insbesondere bei der Versorgung schwer psychisch kranker Patient\*innen ist es essenziell, dass die Diagnostik zeitnah erfolgt und sich bei Bedarf unmittelbar eine Behandlung anschließt. Die BPtK befürwortet den Formulierungsvorschlag der KBV und der DKG, der vorsieht, zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten insbesondere für schwer psychisch kranke Patient\*innen zur Verfügung zu stellen.

- **Vermeidung und Verkürzung stationärer Aufenthalte als wesentliches Versorgungsziel (§ 1 Absatz 2 Nr. 3)**

Unter § 1 Absatz 2 Nr. 3 wird die Vermeidung und Verkürzung stationärer Aufenthalte als Versorgungsziel ergänzt.

### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV, DKG und des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) zu § 1 Absatz 2 Nr. 3.**

### **Begründung:**

Die in der Richtlinie geschaffenen Regelungen schaffen die notwendigen Voraussetzungen für die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte ambulante Versorgung der Patientengruppe mit komplexem Behandlungsbedarf. Eine intensive multimodale ambulante Behandlung erlaubt es Patient\*innen, in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu verbleiben. Darüber hinaus kann der Behandlungsverlauf direkt im gewohnten Umfeld und Kontext evaluiert werden. Dies kann sich positiv auf den Genesungsprozess auswirken. Die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten sollte deswegen auch Ziel der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf sein. Dies stellt keinen Widerspruch zu einer zeitnahen stationären Behandlung im Bedarfsfall dar. Die BPtK spricht sich deswegen dafür aus, die Vermeidung und Verkürzung stationärer Aufenthalte als Versorgungsziel zu ergänzen.

#### **2.1.1 Sicherung der Versorgungsziele durch Bezugsärzt\*in oder Bezugspsychotherapeut\*in (§ 1 Absatz 3 Nr. 4)**

§ 1 Absatz 3 definiert die Maßnahmen, die die Erreichung der unter § 1 Absatz 2 genannten Ziele und Unterziele sichern sollen. Wesentlichen Beitrag hierzu soll gemäß § 1 Absatz 3 Nr. 4 eine fachlich kompetente Behandlungsleitung leisten.

### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und PatV zu § 1 Absatz 3 Nr. 4.**

### **Begründung:**

Die Behandlungsleitung durch eine Bezugsärzt\*in oder Bezugspsychotherapeut\*in ist zentrales Element des vorliegenden Richtlinienentwurfs und sichert die unter § 1 Absatz 2 definierten Versorgungsziele. Es ist dabei fachlich nicht nachvollziehbar, ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen, die bereits jetzt die Aufgabe einer zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen übernehmen, nicht in die Behandlungsleitung mit einzubeziehen. Sie verfügen über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen und haben die Verordnungsbefugnisse erhalten, um die Koordination der Versorgung von Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen umfassend wahrzunehmen. Für eine detaillierte Aufzählung der aus Sicht der BPtK relevanten Argumente, die für eine Übernahme der Behandlungsleitung durch ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen sprechen, verweisen wir an dieser Stelle auf die Argumentation zu § 5 Absatz 1.

## **2.2 Definition der Patientengruppe (§ 2)**

### **2.2.1 Anspruchsberechtigte Patient\*innen (§ 2 Absatz 1)**

In § 2 Absatz 1 wird übergreifend der Kreis der Patient\*innen definiert, die einen Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie haben sollen. In beiden vorliegenden Regelungsvorschlägen erfolgt diese Definition insbesondere unter Bezugnahme auf die in den folgenden Absätzen 2 bis 4 definierten Indikationskriterien. Darüber hinaus regelt Absatz 1 einschränkend, dass ausschließlich Patient\*innen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr einen Anspruch auf eine Versorgung nach dieser Richtlinie haben. Der Regelungsvorschlag des GKV-SV sieht darüber hinaus als ergänzendes Kriterium für eine Behandlung nach dieser Richtlinie vor, dass bei der Patient\*in eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit vorliegt. Ferner wird in dem Vorschlag des GKV-SV ergänzend eine Definition von schweren psychischen Erkrankungen angefügt.

### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV, DKG und PatV zu § 2 Absatz 1.**

### **Begründung:**

Die BPtK kann den Ansatz des G-BA grundsätzlich nachvollziehen, die Erstfassung der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V zunächst auf den Bereich der Versorgung von Erwachsenen zu beschränken. Angesichts der gesetzlichen Frist für die Beschlussfassung im G-BA und der Spezifika in den Versorgungsstrukturen und Behandlungsangeboten für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, einschließlich der hierbei zu berücksichtigenden Berufsgruppen und Einrichtungen, kann die Beschränkung auf den Bereich der Versorgung

von Erwachsenen bei der Erstfassung dieser Richtlinie mitgetragen werden. Aus Sicht der BPtK wäre es jedoch geboten, im Sinne einer Selbstverpflichtung eine Ergänzung dieser Richtlinie um den Bereich der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, die einer berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung bedürfen, mit einer engen zeitlichen Frist im Zuge der Beschlussfassung anzukündigen.

Neben dem Alterskriterium wird in Absatz 1 die Gruppe der anspruchsberechtigten Patient\*innen mit den weiteren Indikationskriterien einer psychischen Erkrankung, deutlichen Einschränkungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen aufgrund der psychischen Erkrankung und dem bestehenden komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf jeweils unter Bezugnahme auf die folgenden Absätze hinreichend präzisiert. Die Einführung der hinreichenden Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit als zusätzliche Voraussetzung ist dabei nicht zielführend, weil insbesondere bei von dieser Richtlinie adressierten Patient\*innen die Herstellung einer Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit nicht selten ein erstes Ziel dieser Versorgungsform darstellen dürfte. Es ist zu befürchten, dass bei einer solchen zusätzlichen Einschränkung der Zugang zu dieser Versorgung entgegen der Intention des Gesetzgebers gerade für Patient\*innen erschwert wird, die unter besonders schweren Beeinträchtigungen ihrer psychosozialen Funktionen leiden und denen soziale und berufliche Unterstützungsstrukturen fehlen, um geeignete Versorgungseinrichtungen aufzusuchen und indizierte Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen. Das neu zu schaffende Versorgungsangebot sollte daher nicht ausschließlich auf Patient\*innen abzielen, bei denen die Schwere der Erkrankungen und die damit einhergehenden Auswirkungen auf die Aktivitäten und das psychosoziale Funktionsniveau bereits zu einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen führen. Vielmehr besteht ein zentrales Versorgungsproblem darin, dass eine wesentliche Teilgruppe dieser Patient\*innen nicht in der Lage ist, von sich aus Behandlungseinrichtungen und psychosoziale Hilfestrukturen aufzusuchen, um die erforderlichen medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungsangebote sowie Teilhabeleistungen in Anspruch zu nehmen. Die vom GKV-SV vorgeschlagenen Ergänzungen in Absatz 1 könnten insoweit zu einem systematischen Ausschluss einer Patientengruppe führen, die der berufsgruppenübergreifenden strukturierten und koordinierten Versorgung in besonderer Weise bedarf.



### 2.2.2 Definition der Diagnosegruppen (§ 2 Absatz 2)

In § 2 Absatz 2 wird das Spektrum der Diagnosegruppen nach ICD-10-GM definiert, aus dem eine Erkrankung vorliegen muss, um einen Anspruch auf die Versorgung nach dieser Richtlinie zu begründen.

**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV, DKG und PatV zu § 2 Absatz 2.**

#### **Begründung:**

Die Schwere psychischer Erkrankungen ist nur begrenzt durch bestimmte Diagnosen nach ICD-10 beschreibbar. Lediglich wenige spezifische Diagnosen differenzieren zwischen leichten und schwereren Ausprägungen der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung. Darüber hinaus hängt die Schwere der Erkrankung maßgeblich von dem Ausmaß der hiermit verbundenen Funktionseinschränkungen ab. Bei einer Auflistung von einzelnen Diagnosegruppen besteht stets das Risiko, dass willkürliche Einschränkungen vorgenommen werden, durch die auch einzelne Diagnosen ausgeschlossen werden, die relativ häufig mit einem schweren Verlauf und deutlichen Funktionseinschränkungen einhergehen. Darüber hinaus wird eine solche Auflistung auch Einzelfällen nicht gerecht, bei denen trotz des Fehlens einer Einschlussdiagnose das spezifische klinische Bild einer Patient\*in und der bestehende komplexe Behandlungsbedarf eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlich macht.

Bereits bei der Soziotherapie-Richtlinie wurde im Verlauf der Weiterentwicklung der Regelungen durch den G-BA auf eine exklusive Auflistung zulässiger Diagnosen verzichtet und, verbunden mit Vorgaben zu dem Grad der Funktionsbeeinträchtigungen, das Indikationsspektrum auf den gesamten Bereich der Diagnosen aus dem V. Kapitel der ICD-10 erweitert. Darüber hinaus wird bei der Auflistung der Diagnosegruppen im Vorschlag des GKV-SV bereits insoweit eine zu starke Engführung deutlich, als dass er Diagnosen ausschließt, bei denen häufig ein schwerer Verlauf mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen und einem daraus resultierenden komplexen Behandlungsbedarf auftreten können. Hierzu gehören beispielsweise dissoziative Störungen (F44), Somatisierungsstörungen (F45.0), Panikstörungen (F41.0) oder Generalisierte Angststörungen (F41.1) sowie die gesamte Gruppe der organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0). Eine derartige Einschränkung des Diagnosespektrums wäre mit dem gesetzlichen Auftrag nicht vereinbar. Schließlich sei darauf hingewiesen, dass der gesetzliche Auftrag in § 92 Absatz 6b SGB V ohnehin eine Öffnung der Patientengruppe vorsieht und die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere, aber nicht ausschließlich, für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen Behandlungsbedarf in der Richtlinie geregelt werden soll.

### 2.2.3 Funktionsbeeinträchtigungen angemessen berücksichtigen (§ 2 Absatz 3)

Um die Schwere der psychischen Erkrankung zu erfassen, wird in dem unter Absatz 3 definierten Indikationskriterium auf die Einschränkungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen abgestellt. Konsens besteht zwischen den drei vorliegenden Regelungsvorschlägen dahingehend, dass deutliche Einschränkungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen müssen, um einen Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie zu begründen. Der Vorschlag von KBV und DKG sieht dabei vor, dass zur Erfassung der Funktionsbeeinträchtigungen ein Fremdeinschätzungsverfahren eingesetzt wird, während die Vorschläge von GKV-SV und PatV jeweils den Einsatz der GAF-Skala vorsehen, verbunden mit einem Höchstwert, der nicht überschritten werden darf.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 2 Absatz 3.**

##### **Begründung:**

Es ist sachgerecht, dass für die initiale Diagnostik der Beeinträchtigungsschwere und darauf aufbauend für die Verlaufserfassung ein Fremdeinschätzungsverfahren eingesetzt werden soll, um das Ausmaß der Einschränkungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patient\*innen möglichst differenziert zu erfassen. Der Einsatz der GAF-Skala ist in diesem Zusammenhang eine Option, die sich aufgrund des hohen Verbreitungsgrades des Instruments in der Versorgung und deren Nutzung im Zusammenhang mit der Verordnung von Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege anbietet. Allerdings wird die gemeinsame Abbildung der sozialen und beruflichen Funktionsbeeinträchtigungen sowie der Symptomschwere über die GAF-Skala durch einen einzigen Wert in der wissenschaftlichen Literatur kritisch diskutiert (siehe unter anderem Pedersen et al., 2018). Studien weisen zum Teil darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen GAF-Score und klinischen Symptomratings deutlich höher ausfällt als gegenüber anderen Fremd- und Selbsteinschätzungsverfahren zum Funktionsniveau (u. a. Roy-Byrne et al., 1996). Auch die Interrater-Reliabilität fällt nicht zuletzt für die ursprüngliche Version als eine Gesamtskala zum Teil unbefriedigend aus, insbesondere wenn die Rater\*innen nicht in der Anwendung der GAF-Skala trainiert sind. Eine spezifische Erfassung der Funktionsbeeinträchtigungen, unabhängig von Einschätzungen der Symptombelastung, durch differenziertere Fremdeinschätzungsverfahren kann daher indiziert sein. Die modifizierte GAF-Skala (siehe auch Pedersen et al., 2012), bei der die Symptombelastung, die sozialen und beruflichen Funktionsbeeinträchtigungen separat erfasst werden, kann hierfür eine sinnvolle Option darstellen, wie auch das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen, der WHO-Disability Assessment Schedule oder die Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). Eine ausschließliche Fo-

kussierung auf einen spezifischen Grenzwert der eindimensionalen GAF-Skala wird dagegen der Komplexität der mit einer psychischen Erkrankung einhergehenden Symptomschwere und Funktionsbeeinträchtigungen nicht gerecht. Sie suggeriert eine Objektivität und Genauigkeit der Erfassung dieser Dimensionen, die das Instrument letztlich nicht erfüllen kann.

Entscheidend sollte daher bei der Definition dieses Indikationskriteriums nach Absatz 3 sein, ob gemäß dem klinischen Urteil der untersuchenden Ärzt\*in oder Psychotherapeut\*in deutliche Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen vorliegen. Ergänzend sollte lediglich die systematische Erfassung des Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigungen und der Symptomschwere durch geeignete Instrumente vorgeschrieben werden, die dann auch bei der weiteren Erfassung und Beurteilung des Behandlungsverlaufs sowie dem Re-Assessment zur Anwendung kommen sollten.

#### 2.2.4 Komplexer Behandlungsbedarf (§ 2 Absatz 4)

In Absatz 4 wird als drittes Indikationskriterium der komplexe Behandlungsbedarf operationalisiert. Hier wird eine Operationalisierung über den zur Erreichung der Behandlungsziele erforderlichen Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung pro Quartal durch Leistungserbringer\*innen unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 vorgeschlagen.

**Die BPtK stimmt dem Regelungsvorschlag des G-BA zu § 2 Absatz 4 zu.**

#### **Begründung:**

Bei der Operationalisierung der Mindestkriterien für einen komplexen Behandlungsbedarf wird ausschließlich auf Maßnahmen der Krankenbehandlung abgestellt, die im Rahmen der Versorgung nach SGB V erbracht werden. Teilhabeleistungen und andere Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen, die auf Basis anderer Sozialgesetzbücher erbracht werden und bei denen ebenfalls eine Abstimmung und Koordination der Leistungen über eine Bezugsärzt\*in bzw. Bezugspsychotherapeut\*in auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans erfolgen sollte, werden somit bei der Prüfung, ob die Mindestkriterien erfüllt sind, nicht berücksichtigt. Aus Sicht der BPtK ist es dennoch sachgerecht, den Kreis der anspruchsberechtigten Patient\*innen auf dieser Basis zu beschränken und für einen komplexen Behandlungsbedarf vorauszusetzen, dass mindestens zwei Behandlungsmaßnahmen nach SGB V von unterschiedlichen Leistungserbringer\*innen nach § 3 notwendig sind.

## 2.3 Teilnehmende Leistungserbringer\*innen (§ 3)

In § 3 wird der Kreis der zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigten Leistungserbringer\*innen festgelegt.

### 2.3.1 Fachärzt\*innen für Neurologie als teilnehmende Leistungserbringer\*innen einbeziehen (§ 3 Absatz 1)

In § 3 Absatz 1 wird definiert, welche Psychotherapeut\*innen und Ärzt\*innen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind.

**Die BPtK stimmt dem Regelungsvorschlag von der KBV und PatV zu § 3 Absatz 1 Nummer 5 zu.**

#### **Begründung:**

Der Einbezug von Fachärzt\*innen für Neurologie als teilnahmeberechtigte Leistungserbringer\*innen nach § 3 ist zum einen für die Behandlung von Patient\*innen mit der Diagnose einer organischen psychischen Störung (ICD-10: F0) geboten. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der demenziellen Erkrankungen sowie die anderen psychischen Erkrankungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10: F06) und die Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10: F7). Versorgungsrelevant ist in diesem Zusammenhang u. a. auch die strukturierte Versorgung bei organischen psychischen Störungen nach Schädelhirntraumata oder cerebralen Insulten, bei denen im Rahmen der Gesamtbehandlungsplanung neurologische Behandlung und neuropsychologische Therapie in abgestimmter Form erforderlich sind, ggf. ergänzt um weitere Maßnahmen wie z. B. Ergotherapie.

Darüber hinaus ist der Einbezug der Fachärzt\*innen für Neurologie in den Netzverbänden sinnvoll, um zeitnahe differenzialdiagnostische Abklärungen z. B. hinsichtlich möglicher dementieller Erkrankungen sicherzustellen, aber auch zur (Mit-)Behandlung von komorbiden neurologischen Erkrankungen.

### 2.3.2 Teilnahmeberechtigte Krankenhäuser und ermächtigte Einrichtungen (§ 3 Absätze 2 und 3)

§ 3 Absatz 2 regelt, dass zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zugelassen sind, sofern sie über psychiatrische oder psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene verfügen.

## **Die BPtK lehnt die Ergänzung von GKV-SV und PatV in § 3 Absatz 2 ab.**

### **Begründung:**

Bei Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden deutlichen Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Funktionen kann im Krankheitsverlauf eine stationäre oder teilstationäre Behandlung einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung eines Krankenhauses erforderlich werden. Für eine gute sektorenübergreifend abgestimmte und koordinierte Versorgung ist daher der systematische Einbezug von diesen nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern mit ihren verschiedenen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgungsbereichen unverzichtbar. Auch hinsichtlich der gesetzlich beauftragten Regelungen zur Erleichterung der Übergänge von der stationären zur ambulanten Versorgung – aber auch umgekehrt von der ambulanten zur stationären Versorgung – ist der Einbezug der Krankenhäuser als an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigte Einrichtungen unverzichtbar. Dabei ist jeweils das Krankenhaus als Ganzes mit seinen verschiedenen Versorgungsbereichen angesprochen und fungiert als Kooperationspartner des Netzverbundes. Eine Differenzierung danach, ob ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus ggf. nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz verfügt, wie vonseiten des GKV-SV und PatV in Absatz 2 vorgeschlagen, ist daher nicht zielführend. Auch eine detaillierte Regelung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie für zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit ermächtigten Psychiatrischen oder Psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V ist dabei nicht erforderlich. Von zentraler Bedeutung ist vielmehr, dass bei einer Versorgung von Patient\*innen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen die Regelungen der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V einer Versorgung nach dieser Richtlinie nicht entgegenstehen und die Patient\*innen insbesondere auch Zugang erhalten zu den erforderlichen psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

Dagegen sollte der Einbezug der ermächtigten Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 2 SGB V sowie von Ausbildungs- bzw. Weiterbildungsambulanzen nach § 117 Absätze 3, 3a und 3b SGB V systematisch als teilnahmeberechtigte Einrichtungen in die Versorgung nach dieser Richtlinie geregelt werden.

### **Die BPtK schlägt hierzu vor, § 3 Absatz 3 wie folgt zu fassen:**

***„(3) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind für die Behandlung von Erwachsenen ermächtigte Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 2 SGB V, ermächtigte Ausbildungsambulanzen nach § 117 Absatz 3***

***und Absatz 3a SGB V sowie Weiterbildungsambulanzen nach § 117 Absatz 3b SGB V berechtigt.“***

**Begründung:**

Die psychotherapeutische Behandlung von erwachsenen Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden deutlichen Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen und die Koordination der Versorgung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans ist Bestandteil des Kompetenzprofils von Psychologischen Psychotherapeut\*innen und den künftigen Fachpsychotherapeut\*innen für Erwachsene. Im Rahmen der aktuellen Ausbildung bzw. zukünftigen Gebietsweiterbildung ist daher zu gewährleisten, dass entsprechende praktische Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung dieser Patient\*innen sowie der Kooperation in patientenzentrierten multiprofessionellen Behandlungsteams, aber auch auf der Ebene der Netzverbände Bestandteil der Aus- bzw. Weiterbildung sind.

Die Teilnahme an der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V während der Qualifikationsphase in den Ambulanzen nach § 117 SGB V kann darüber hinaus einen Beitrag dazu leisten, dass die entsprechend qualifizierten Psychologischen Psychotherapeut\*innen und Fachpsychotherapeut\*innen für Erwachsene sich später nach Erhalt einer Zulassung als Vertragspsychotherapeut\*innen in diesen Netzverbänden engagieren und in den Praxen bzw. Einrichtungen einen entsprechenden Schwerpunkt auf die Versorgung dieser Patientengruppe setzen. Darüber hinaus kann die Teilnahme von Ausbildungs- und Weiterbildungsambulanzen, aber auch von psychotherapeutischen Forschungsambulanzen nach § 117 Absatz 2 SGB V mit ihrer spezifischen fachlichen Expertise für die Netzverbände nach § 4 dieser Richtlinie einen wichtigen Beitrag dazu leisten, das erforderliche spezifische Versorgungsangebot, einschließlich der gruppenpsychotherapeutischen Angebote, eine zeitnahe Terminvergabe und die regionale Verfügbarkeit sicherzustellen.

### 3 B. Ausgestaltung des Netzverbundes

#### 3.1 Zusammensetzung des Netzverbundes (§ 4)

##### 3.1.1 Bildung eines Netzverbundes (§ 4 Absatz 1)

In § 4 Absatz 1 soll festgelegt werden, dass die Bildung eines Netzverbundes die Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ist.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 4 Absatz 1**

##### **Begründung:**

In der Gesetzesbegründung wird die für eine berufsgruppenübergreifende, strukturierte und koordinierte Versorgung erforderliche Zusammenarbeit von Psychotherapeut\*innen und anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer\*innen, insbesondere denen der ambulanten psychiatrischen Versorgung, betont. Auf Basis dieser verbindlich geregelten Zusammenarbeit können weitere Berufsgruppen wie Soziotherapeut\*innen, Ergotherapeut\*innen und Pflegefachpersonen in diese Versorgung einbezogen werden.

Darüber hinaus sollen durch geeignete Regelungen die Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt erleichtert werden und die Psychiatrischen Institutsambulanzen und eine Vernetzung zur stationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung einbezogen werden. Das neue ambulante Leistungsangebot einer berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung für schwer psychisch kranke Patient\*innen mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf soll entsprechend insbesondere über eine Weiterentwicklung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung und die verbindliche Vernetzung und Kooperation dieser Leistungserbringer\*innen entwickelt werden. Es ist daher sachgerecht, dass die Netzverbände zunächst über einen vertraglichen Zusammenschluss der teilnahmeberechtigten Vertragsärzt\*innen und Vertragspsychotherapeut\*innen gebildet werden. Diese haben dann die erforderlichen Kooperationsverträge mit nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern mit psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sowie mit weiteren geeigneten Berufsgruppen und Einrichtungen abzuschließen. Vor dem Hintergrund, dass die Netzverbände bestimmte Kooperationsverträge obligatorisch abzuschließen haben, damit eine Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie möglich ist, ist es insbesondere sachgerecht, die Kooperationspartner\*innen in Absatz 1 Satz 1 entsprechend dem Vorschlag der KBV aufzuführen.



### 3.1.2 Auswahl der Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in (§ 4 Absatz 2)

In § 4 Absatz 2 werden einige Grundprinzipien der Versorgung beschrieben, indem u. a. auf eine Versorgung nach individuellem Behandlungsbedarf, eine Therapiezielorientierung und die Behandlung auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans abgestellt wird.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 4 Absatz 2.**

##### **Begründung:**

Die Berücksichtigung der Psychologischen Psychotherapeut\*innen als Bezugspsychotherapeut\*innen, unter deren Leitung die Versorgung auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans erfolgen kann, ist unverzichtbar. Zur ausführlichen Begründung wird an dieser Stelle auf die Ausführungen zu § 5 Absatz 1 verwiesen. Auch hinsichtlich der Nennung des patientenindividuellen Behandlungsteams in Satz 2 als wesentliches Element der Versorgung nach dieser Richtlinie in dem Modell der KBV wird an dieser Stelle auf die Ausführungen zu § 5 Absatz 3 verwiesen. Die im Vorschlag der PatV vorgesehene Ergänzung der kooperierenden und sonstigen Leistungserbringer\*innen gemäß § 5 findet dabei inhaltlich bereits Berücksichtigung durch deren Mitwirkung in den patientenindividuellen Behandlungsteams.

### 3.1.3 Mindestanforderungen an den Netzverbund (§ 4 Absätze 3 und 4)

In § 4 Absatz 3 werden qualitative und quantitative Mindestanforderungen an die Zusammensetzung der Netzverbände definiert.

**Ausgehend von dem Regelungsvorschlag der DKG unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung gemäß dem Vorschlag der KBV schlägt die BPtK vor, § 4 Absatz 3 wie folgt zu fassen:**

*„Der Netzverbund besteht aus mindestens:*

1. 6 Fachärztinnen und Fachärzten für
  - a) Psychiatrie und Psychotherapie
  - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
  - c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie
  - d) **Neurologie,**

***hierunter mindestens 4 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) oder c),***  
*und*

2. 6 ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten.



***Aufgrund regionaler Besonderheiten kann in Ausnahmefällen von den Bestimmungen dieses Absatzes abgewichen werden. Die Gründe für ein Unterschreiten der Mindestanforderungen sind gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung darzulegen.“***

**Ausgehend von dem Regelungsvorschlag der DKG schlägt die BPtK darüber hinaus vor, § 4 Absatz 4 wie folgt zu fassen:**

*„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 und*
- 2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Absatz 5 Nr. 1 bis 3.*

*Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche Inhalte zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit können vereinbart werden.*

*Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. ~~Zusätzlich soll mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser über psychosomatische Kompetenzen verfügen.“~~*

**Begründung:**

Die Mindestanforderungen an die Netzverbände haben zum einen zu gewährleisten, dass sich in einem überschaubaren Zeitraum aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus in Kooperation mit weiteren Einrichtungen und Berufsgruppen ein möglichst flächendeckendes intensiv-ambulantes Versorgungsangebot für schwer psychisch kranke Patient\*innen entwickeln kann. Zum anderen müssen die Anforderungen an die Netzverbände sicherstellen, dass die für eine berufsgruppenübergreifende, strukturierte und koordinierte Versorgung von schwer psychisch kranken Patient\*innen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf erforderlichen multi-professionellen Leistungsangebote in ihrer Breite, Differenzierung und Spezifizierung zeitnah und möglichst wohnortnah zu Verfügung stehen. Dies setzt neben den unmittelbar patientenbezogenen Leistungen auch hinreichende Kapazitäten der beteiligten Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen für die Koordinierungs- sowie Kooperations- und

Vernetzungsleistungen voraus, welche dabei von den Organisationsstrukturen der Netzverbände unterstützt werden können. Mindestvorgaben von lediglich einer Fachärzt\*in der psychiatrischen, psychosomatischen oder nervenärztlichen Fachgebiete sowie einer ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeut\*in, wie sie vom GKV-SV vorgeschlagen werden, können dies nicht gewährleisten. Dagegen erscheinen die Anforderungen in dem Vorschlag der KBV mit jeweils 15 Leistungserbringer\*innen zu hoch gegriffen. Die flächendeckende Entwicklung von Netzverbänden erscheint auf dieser Basis grundsätzlich nicht erreichbar. Diese Anforderungen könnten nicht nur in einzelnen Regionen aufgrund der spezifischen regionalen Besonderheiten unerfüllbar sein, sondern in zahlreichen Regionen den Aufbau von Netzverbänden verhindern. Darüber hinaus könnten zu hohe Anforderungen an die Mindestgröße der Netzverbände dazu führen, dass diese ihren regionalen Bezug verlieren und die Funktionsfähigkeit des Netzverbundes beeinträchtigt wird.

Aus Sicht der BPtK ist daher der Vorschlag der DKG von je 6 Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen als Mindestanforderung an einen Netzverbund sachgerecht, um ein hinreichend umfassendes und ausdifferenziertes multiprofessionelles Leistungsangebot zu gewährleisten, das den schwer psychisch kranken Patient\*innen möglichst wohnortnah zur Verfügung gestellt werden kann. Auch der gebotenen Entscheidungsfreiheit der Patient\*innen bei der Wahl der sie behandelnden Fachärzt\*in und Psychotherapeut\*in kann dadurch im Rahmen des Möglichen Rechnung getragen werden. Dieser Entscheidungsspielraum sollte nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Qualität der therapeutischen Beziehung und der Passung von Patient\*in, Ärzt\*in bzw. Psychotherapeut\*in und Behandlungsverfahren gewährleistet werden.

Vor dem Hintergrund der Heterogenität der in den Netzverbänden als Mitglieder beteiligten Facharztgruppen und der Notwendigkeit, im Netzverbund neben den differenzierten psychotherapeutischen Versorgungsangeboten insbesondere auch eine spezifische psychiatrische Versorgung sicherzustellen, spricht sich die BPtK dafür aus, bezogen auf die Gruppe der Fachärzt\*innen ergänzend eine Mindestanzahl von vier Ärzt\*innen aus den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde bzw. Psychiatrie und Neurologie vorzusehen. Zugleich sollten auf der übergeordneten Ebene auch die Fachärzt\*innen für Neurologie vor dem Hintergrund der in der Versorgung nach dieser Richtlinie zu behandelnden Patientengruppen (vgl. Ausführungen zu § 2 Absatz 2) bei der Definition der Mindestanforderungen nach Nummer 1 berücksichtigt werden.

Da es aufgrund regionaler Besonderheiten hinsichtlich der Versorgungsstrukturen, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Räumen, dazu kommen kann, dass die in

§ 4 Absatz 3 definierten Mindestanforderungen nicht erfüllt werden können, sollte zusätzlich die Möglichkeit geregelt werden, in Ausnahmefällen von diesen Mindestanforderungen abzuweichen. Diese Abweichungen sind von dem Netzwerk im Zuge des Genehmigungsverfahrens gegenüber den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zu begründen. Kann das Unterschreiten der Mindestanforderungen über die regionalen Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen nicht hinreichend plausibel gemacht werden oder kann nicht nachgewiesen werden, dass sich der Netzwerk nachhaltig um den Einbezug von regional ansässigen ambulanten Leistungserbringer\*innen bemüht hat, ist die Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nicht zu erteilen.

Die ambulante Komplexbehandlung nach dieser Richtlinie soll nach dem gesetzlichen Auftrag aus der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung heraus als ein ambulant-intensives multiprofessionelles Versorgungsangebot für schwer psychisch kranke Patient\*innen mit einem komplexen Behandlungsbedarf entwickelt werden. Im Weiteren sieht der gesetzliche Auftrag auch einen Einbezug der Krankenhäuser mit psychiatrischen Einrichtungen, einschließlich der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, sowie weiterer Berufsgruppen vor. Daher ist es sachgerecht, dass der Netzwerk zunächst als vertraglicher Zusammenschluss von entsprechenden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer\*innen gebildet wird. In der hierdurch gebildeten Rechtsform kann der Netzwerk dann die erforderlichen Kooperationsverträge mit nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern und weiteren Berufsgruppen abschließen, um auf diesem Wege eine berufsgruppenübergreifende, strukturierte und koordinierte Versorgung von schwer psychisch kranken Patient\*innen nach dieser Richtlinie anbieten zu können. Entsprechend wird die Grundkonzeption der Organisation des Netzwerkes von KBV und DKG unterstützt. Aus Sicht der BPtK ist dabei mit Blick auf die Erleichterung der Übergänge von der stationären zur ambulanten Behandlung und umgekehrt eine Kooperation mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus erforderlich, das für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig ist. Die ergänzende Vorgabe, dass mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser über psychosomatische Kompetenzen verfügen soll, ist dagegen aus Sicht der BPtK nicht zielführend. Zum einen eignet sich eine Soll-Vorschrift nur begrenzt für die Definition von Mindestanforderungen, zum anderen ist die Begrifflichkeit der psychosomatischen Kompetenzen für ein Krankenhaus zu unbestimmt, um bei einer Prüfung der Kooperationsverträge durch die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zugrunde gelegt zu werden. Ferner ist nicht erkennbar, inwieweit die psychosomatischen Kompetenzen im Netzwerk zwingend auch über ein zugelassenes Krankenhaus sicherzustellen sind.

### 3.1.4 Einbezug weiterer Berufsgruppen und Einrichtungen (§ 4 Absatz 5)

In § 4 Absatz 5 werden die weiteren Berufsgruppen und Einrichtungen aufgelistet, die in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden können.

**Auf Basis des Vorschlags von GKV-SV, KBV und DKG schlägt die BPtK vor, § 4 Absatz 5 wie folgt zu fassen:**

*„(5) Vertreterinnen und Vertreter folgender Berufsgruppen oder Einrichtungen können bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden:*

- 1. Zugelassenen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,*
- 2. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrags gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen,*
- 3. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,*
- 4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V,*
- 5. Zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI,*
- 6. Wohneinrichtungen für psychisch Kranke,*
- 7. **Psychosoziale und Suchtberatungsstellen,***
- 8. Ambulante Wohneinrichtungen für Demenzkranke,*
- 9. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie **sowie** Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Vertreterinnen und Vertreter dieser Berufsgruppen sind bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr einzubeziehen, sofern eine besondere Expertise hinsichtlich transitionspsychiatrischer und -psychotherapeutischer Aspekte erforderlich ist,*
- 10. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,***
- 11. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,***
- 12. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,***
- 13. Selbsthilfeorganisationen,***
- 14. Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter,***
- 15. Krisendienste,***
- 16. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten.“***

### **Begründung:**

Die Mindestvorgaben nach den Absätzen 3 und 4 können nicht alle erforderlichen Leistungen und Kooperationsanforderungen eines Netzverbundes abbilden. Es ist zu vermeiden, dass durch zu hohe Anforderungen, die aufgrund der regionalen Versorgungsstrukturen nicht erfüllbar sind, Netzverbände nicht gegründet werden können. Darüber hinaus ist in vielen Fällen die Einbindung von weiteren Berufsgruppen und Einrichtungen, einschließlich der Leistungserbringer\*innen, die auf Grundlage anderer Sozialgesetzbücher tätig sind, geboten. Dies umfasst u. a. Rehabilitationseinrichtungen, Wohneinrichtungen für psychisch Kranke, Beratungsstellen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe und zur Teilhabe am Arbeitsleben, aber auch der Selbsthilfe und Genesungsbegleiter\*innen. Die Kooperationsmöglichkeiten und -notwendigkeiten werden sich dabei regional und in den individuellen Behandlungskonstellationen erheblich unterscheiden. Um eine auch über die Leistungen des SGB V hinausgehende, abgestimmte und koordinierte Versorgung zu erleichtern, ist es jedoch zielführend, wenn die Netzverbände mit den jeweiligen Einrichtungen und Berufsgruppen Kooperationsverträge abschließen, in denen Absprachen und Grundzüge der Zusammenarbeit geregelt werden können, damit diese von den patientenindividuellen Behandlungsteams im Einverständnis mit der Patient\*in leichter in die Versorgung einbezogen werden können und ein fachlicher Austausch herbeigeführt werden kann. Die Auflistung nach Absatz 5 erhebt keinen Anspruch auf eine abschließende Benennung der relevanten Einrichtungen und Berufsgruppen, soll den Netzverbänden bei ihren Bemühungen um den Aufbau von systematischen Kooperationen aber eine Orientierung bieten.

#### **3.1.5 Mindestanforderungen bei Suchterkrankungen (§ 4 Absatz 6)**

In § 4 Absatz 6 schlägt der GKV-SV die ergänzende Festlegung von Mindestanforderungen an Netzverbände für die Versorgung von Patient\*innen mit Suchterkrankungen vor.

#### **Die BPtK lehnt den Regelungsvorschlag des GKV-SV zu § 4 Absatz 6 ab.**

### **Begründung:**

Es ist für die Entwicklung von Netzverbänden nicht zielführend, für die Versorgung einzelner Diagnosegruppen zusätzliche Mindestanforderungen zu stellen, die im Kern lediglich zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand bei der Vereinbarung von Kooperationsverträgen, dem Genehmigungsverfahren durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die kontinuierliche Überprüfung der Erfüllung der Mindestanforderungen im Netzverbund führen, ohne dass dem ein substanzieller Qualitätsgewinn in der Versorgung gegenüber-

steht. Insbesondere ist es nicht vertretbar, einzelne Patientengruppen aus der Versorgung auszuschließen, wenn in einer Region gegebenenfalls bestimmte Einrichtungen als Kooperationspartner\*innen nicht zur Verfügung stehen.

Die Etablierung diagnosespezifischer Mindestanforderungen an Netzverbände und deren Kooperationen zulasten einzelner Patientengruppen ist in diesem Sinne auch kein angemessenes Instrument, um Standards in der stationären Versorgung oder der Angebotsstruktur im Bereich der Beratungsstellen zu befördern.

### 3.1.6 Prüfung und Genehmigung zur Teilnahme (§ 4 Absatz 7)

In § 4 Absatz 7 werden die Prüfung der Netzverbundverträge und die Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie geregelt.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 4 Absatz 7.**

##### **Begründung:**

Da die berufsgruppenübergreifende, strukturierte und koordinierte Versorgung als ambulant-intensives Versorgungsangebot für schwer psychisch kranke Patient\*innen insbesondere aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus entwickelt werden soll, ist es sachgerecht, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung geprüft werden. Hierfür sind der Kassenärztlichen Vereinigung entsprechende Prüfunterlagen in Form der Netzverbundverträge nach § 4 Absatz 1 und Kooperationsverträge nach § 4 Absatz 4 vorzulegen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Netzverbund eine Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie durch seine Mitglieder und Kooperationspartner\*innen zu erteilen. Können Mindestanforderungen nach § 4 Absatz 3 aufgrund regionaler Besonderheiten nach § 4 Absatz 3 Satz 2 nicht eingehalten werden, sind diese gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ausführlich darzulegen. Damit verbunden hat der Netzverbund nachzuweisen, dass er sich nachhaltig darum bemüht hat, im Rahmen der vorhandenen Versorgungsstrukturen die für eine Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Leistungserbringer\*innen und Einrichtungen gemäß § 4 Absätze 3 und 4 an dem Netzverbund zu beteiligen bzw. entsprechende Kooperationsverträge zu schließen. Nur bei entsprechenden Nachweisen über das Vorliegen einschlägiger regionaler Besonderheiten und Darlegung der Bemühungen um die Einbeziehung der regional vorhandenen Leistungserbringer\*innen und Einrichtungen in den Netzverbund sollte die Kassenärztliche Vereinigung dennoch eine Genehmigung erteilen können.

### 3.1.7 Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes (§ 4 Absatz 8)

In § 4 Absatz 8 soll nach den Vorschlägen von GKV-SV und PatV insbesondere das Vorgehen bei Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Nicht-Erfüllung von Mindestvoraussetzungen geregelt werden.

**Die BPtK schlägt vor, § 4 Absatz 8 wie folgt zu fassen:**

***„(8) Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb von drei Monaten mitzuteilen. Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. In diesen Fällen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen, dass der Netzverbund die Voraussetzungen wieder nach § 4 erfüllt. Kann der Netzverbund innerhalb von sechs Monaten die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen nicht nachweisen und regionale Besonderheiten nach § 4 Absatz 3 Satz 2 nicht geltend machen, ist die Genehmigung nach Absatz 7 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu entziehen.“***

#### **Begründung:**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen benötigen für die Veröffentlichung der regional verfügbaren Versorgungsangebote gemäß Absatz 9 aktuelle Informationen über die bestehenden Netzverbände, die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, deren Netzmitglieder und kooperierende Einrichtungen und Berufsgruppen. Änderungen über die Mitglieder der Netzverbände sowie die bestehenden Kooperationsverträge sind der Kassenärztlichen Vereinigung daher zeitnah anzuzeigen. Eine quartalsweise Information ist in diesem Zusammenhang ausreichend. Werden aufgrund von Änderungen in der Zusammensetzung der Netzverbände oder Kündigung von Kooperationsverträgen die Mindestvoraussetzungen nach § 4 nicht länger erfüllt, ist dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. Dies ermöglicht es den Kassenärztlichen Vereinigungen, ggf. geeignete Schritte einzuleiten, um eine flächendeckende Versorgung mit Leistungen nach dieser Richtlinie weiterhin sicherzustellen. Eine eindeutige Frist für die Netzverbände befördert darüber hinaus, dass diese sich zeitnah um die Wiedererfüllung der Mindestvoraussetzungen bemühen und die hierfür erforderlichen Schritte einleiten. Die Aufrechterhaltung der erforderlichen Versorgungsstrukturen für die angestrebte berufsgruppenübergreifende, strukturierte und koordinierte Versorgung nach dieser Richtlinie kann hierdurch auch längerfristig unterstützt werden. Zugleich sind bei der Entscheidung über die Entziehung der Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser



Richtlinie ggf. bestehende regionale Besonderheiten zu berücksichtigen, die ein Unterschreiten der Mindestanforderungen rechtfertigen. Dies kann zum Beispiel in strukturschwachen ländlichen Regionen der Fall sein, in denen bei altersbedingtem Ausscheiden von Fachärzt\*innen aus der vertragsärztlichen Versorgung eine Praxisnachfolge nicht erfolgreich geregelt werden konnte und dadurch zeitweise insgesamt zu wenige Leistungserbringer\*innen in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stehen.

### 3.1.8 Information über Angebote und Erreichbarkeit des Netzverbundes (§ 4 Absatz 9)

In § 4 Absatz 9 soll die Information der Netzverbände über ihre Angebote und die Erreichbarkeit geregelt werden.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 4 Absatz 9.**

##### **Begründung:**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen benötigen zur Information der Patient\*innen und zuweisenden Ärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen und Einrichtungen differenzierte Informationen über Netzverbundmitglieder, die Leistungsangebote des Netzverbundes und die Erreichbarkeitszeiten. Die relevanten Informationen sollten dabei von den Kassenärztlichen Vereinigungen in geeigneter Weise im Internet der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden, um hierdurch einen Beitrag für einen niederschweligen Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie zu leisten und die Übergänge an den Grenzen der Sektoren und Versorgungsbereiche zu erleichtern.

### 3.1.9 Einbindung bereits bestehender Behandlungsverhältnisse in die Versorgung im Netzverbund ermöglichen (§ 4 Absatz 10)

In § 4 Absatz 10 wird nach den Vorschlägen von KBV und PatV die Einbindung von vorbehandelnden Leistungserbringer\*innen geregelt, die weder als Mitglieder noch als Kooperationspartner\*innen Teil des Netzverbundes sind.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 4 Absatz 10.**

##### **Begründung:**

Insbesondere in der Versorgung von Patient\*innen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen sind Versorgungsbrüche und Wechsel der behandelnden Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen – soweit möglich – zu vermeiden. Die Versorgungsbrüche, die an den Sektorengrenzen entstehen, stellen für sich bereits eine starke Belastung für die Patient\*innen dar und können zu erheblichen Verschlechterungen in den Krank-



heitsverläufen führen. Nicht selten führen diese systembedingten Brüche in den therapeutischen Beziehungen dazu, dass erforderliche Behandlungsleistungen oder ergänzende Unterstützungsangebote von den Patient\*innen nicht angenommen sowie laufende Therapien abgebrochen werden. Der Wahrung von Behandlungskontinuität gerade bei Aufnahme der Versorgung nach dieser Richtlinie sowie der Überleitung in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Es ist daher sachgerecht, dass bestehende Behandlungsbeziehungen auch dann Berücksichtigung finden, wenn die vorbehandelnden Leistungserbringer\*innen nicht Mitglied im Netzverbund sind. Bei Bedarf und auf Wunsch der Patient\*in müssen die Regelungen in § 4 Absatz 10 daher in solchen Fällen auch gewährleisten, dass laufende Behandlungen wegen einer psychischen Erkrankung nach § 2 Absatz 2 auch während der Versorgung nach dieser Richtlinie fortgesetzt werden können und die mitbehandelnden Leistungserbringer\*innen von der Bezugärzt\*in bzw. Bezugspsychotherapeut\*in systematisch in Fallbesprechungen eingebunden werden und sich in Absprache mit ihr an dem Gesamtbehandlungsplan orientieren.

### 3.2 Bezugärzt\*in/Bezugspsychotherapeut\*in (§ 5)

#### 3.2.1 Alle relevanten Berufsgruppen als Bezugärzt\*in/-psychotherapeut\*in einbeziehen (§ 5 Absatz 1)

In § 5 Absatz 1 soll festgelegt werden, welche Berufsgruppen grundsätzlich für die Übernahme der Rolle der Bezugärzt\*in bzw. Bezugspsychotherapeut\*in infrage kommen.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 5 Absatz 1.**

##### **Begründung:**

Psychotherapeut\*innen bieten seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie mit der psychotherapeutischen Sprechstunde eine Leistung an, die Patient\*innen einen niederschweligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet und zeitnah eine umfassende diagnostische Abklärung ihrer Beschwerden ermöglicht. Psychotherapeut\*innen verfügen zudem über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen und haben die Verordnungsbefugnisse erhalten, um die Koordination der Versorgung von Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen umfassend wahrzunehmen. Damit übernehmen Psychotherapeut\*innen im Versorgungsalltag bereits jetzt Aufgaben einer zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen und sind damit optimal für die Übernahme der Rolle als Bezugspsychotherapeut\*in qualifiziert. Auch vor dem Hintergrund der vergleichsweise hochfrequenten Behandlung im Rahmen

der Akutbehandlung oder Richtlinienpsychotherapie eignen sich ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen in besonderer Weise dafür, die Versorgungskoordination zu übernehmen, sich kontinuierlich mit den mitbehandelnden Leistungserbringer\*innen auszutauschen und engmaschig den Verlauf der Erkrankung, die Wirksamkeit der Versorgung und die Erreichung der Therapieziele zu prüfen sowie möglichen Anpassungsbedarf bei der Gesamtbehandlungsplanung zu identifizieren.

Hinzu kommt, auch aufgrund des frühen Ersterkrankungsalters von Menschen mit psychischen Erkrankungen, dass diese früh psychisch stark belastete Patientengruppe, insbesondere mit komplexem psychotherapeutischem Behandlungsbedarf, vielfach vorrangig durch Psychotherapeut\*innen versorgt wird. Es ist daher fachlich aus Sicht der BPtK dringend geboten, ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen für die Aufgabe der Bezugärzt\*in/-psychotherapeut\*in vorzusehen.

Die Berücksichtigung von Psychotherapeut\*innen als Bezugspsychotherapeut\*innen ist schließlich auch angesichts des konkreten gesetzlichen Auftrags zwingend, bei dem der Gesetzgeber für die Erstellung einer Richtlinie zur Versorgung von schwer psychisch kranken Patient\*innen ausdrücklich auch auf den komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf abgestellt hat. Um eine adäquate ambulante Komplexversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus dem Bereich der demenziellen Erkrankungen und anderen organisch bedingten psychischen Erkrankungen zu gewährleisten, ist es aus Sicht der BPtK zudem geboten, auch Fachärzt\*innen für Neurologie als mögliche Bezugärzt\*innen vorzusehen.

### 3.2.2 Auswahl der Bezugärzt\*in/-psychotherapeut\*in (§ 5 Absatz 2)

In § 5 Absatz 2 soll festgelegt werden, wer im Einzelfall die Rolle der Bezugärzt\*in/-psychotherapeut\*in für eine spezifische Patient\*in übernimmt.

#### **Änderungsvorschlag zu § 5 Absatz 2, ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:**

„(2)

(...)

*Der Wunsch der Patientin oder des Patienten und **die vorgesehenen Behandlungsschwerpunkte** ~~eine entsprechende spezifische fachliche Expertise sind~~ **bei der Festlegung** der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten ~~sind hierbei~~ zu beachten.“*

### **Begründung:**

Aus Sicht der BPtK ist es insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zentral, unnötige doppelte Abklärungsgespräche zu vermeiden, da es für diese Patientengruppe mit erheblichen Belastungen verbunden sein kann, ihre Beschwerden mehrmals ausführen zu müssen. Vor diesem Hintergrund sollte daher, wie von der KBV vorgesehen, unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz und der vorgesehenen Behandlungsschwerpunkte für die weitere Behandlung nach Möglichkeit diejenige Leistungserbringer\*in die Rolle der Bezugärzt\*in/-psychotherapeut\*in übernehmen, die die Eingangssprechstunde durchführt.

#### **3.2.3 Bildung eines patientenzentrierten Behandlungsteams (§ 5 Absatz 3)**

Die KBV schlägt vor, einen Absatz 3 aufzunehmen, der die Bildung patientenorientierter Behandlungsteams vorsieht.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 5 Absatz 3.**

### **Begründung:**

Aus Sicht der BPtK stellt die gemeinsam getragene Verantwortung und enge Abstimmung im Team einen zentralen Baustein dar, der realisiert werden muss, damit die ambulante Komplexversorgung zu einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen führen kann. Dafür ist es notwendig, bereits auf struktureller Ebene die Basis für ein komplexes interdisziplinäres Versorgungsangebot zu legen. Dazu gehört aus Sicht der BPtK, wie im Vorschlag der KBV vorgesehen, die Bildung eines patientenindividuellen Behandlungsteams unter Beteiligung einer Vertragsärzt\*in der genannten Fachgebiete und einer Vertragspsychotherapeut\*in. Die Bildung eines patientenindividuellen Behandlungsteams stellt ein besonderes Qualitätsmerkmal der Versorgung nach dieser Richtlinie dar. Sie gewährleistet einen kontinuierlichen fachlichen Austausch in der Konzeption und Anpassung der Gesamtbehandlungsplanung auf Basis regelmäßiger Fallbesprechungen, sichert eine abgestimmte Versorgung auch in Krisensituationen und kann auch in Krankheits- und Urlaubszeiten die Erreichbarkeit einer mit der Behandlung der jeweiligen Patient\*in vertrauten Leistungserbringer\*in sicherstellen.

#### **3.2.4 Aufgabe der Bezugärzt\*in/-psychotherapeut\*in (§ 5 Absatz 4)**

In § 5 Absatz 4 wird die Aufgabe der Bezugärzt\*in/-psychotherapeut\*in definiert.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 5 Absatz 4.**

### **Begründung:**

Die Koordination der Behandlung von Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen erfordert eine kontinuierliche Abstimmung und Koordination des Gesamtbehandlungsplans. Die Aufgaben, die im Vorschlag des GKV-SV und der PatV als Aufgabe für die Bezugsärzt\*in vorgesehen sind, schränken den erforderlichen Koordinationsaufwand für diese Patientengruppe auf ein umgrenztes kontrollierendes Aufgabenspektrum ein und sehen zudem vor, dass relevante Koordinationsleistungen nicht durch Fachärzt\*innen selbst erbracht werden sollen, sondern regelhaft an andere Berufsgruppen zu übertragen sind, obwohl es sich hierbei dezidiert um Koordinationsleistungen handelt, die eine entsprechende fachärztliche bzw. psychotherapeutische Kompetenz voraussetzen. Damit blieben die Chancen einer tatsächlichen Verbesserung für Patient\*innen mit einem erhöhten Koordinationsbedarf ungenutzt.

## **3.3 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination (§ 6)**

### **3.3.1 Koordination durch Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in sicherstellen (§ 6 Absatz 1)**

In § 6 Absatz 1 soll festgelegt werden, welche Berufsgruppen im Wesentlichen die Koordination der Versorgung übernehmen.

### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 6 Absatz 1.**

### **Begründung:**

Aus Sicht der BPtK ist die Koordination der Versorgung genuine Aufgabe der Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in. Denkbar ist, dass je nach individuellem Behandlungs- und Koordinationsbedarf der Patient\*in Teile der Koordination an andere Berufsgruppen übertragen werden können. Dass jedoch regelhaft die Aufgabe der Koordination umfassend an andere Berufsgruppen delegiert werden soll, wie es im Vorschlag des GKV-SV vorgesehen ist, entspricht einer Absenkung der Strukturqualität für eine besonders vulnerable Patientengruppe, die aus Sicht der BPtK fachlich nicht zu rechtfertigen ist.

Um Patient\*innen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen eine verbesserte Versorgung anbieten zu können, ist es erforderlich, dass sie langfristig eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer ambulanten Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in aufbauen und aufrechterhalten können. Dafür braucht es die Verortung der Koordination auf Ebene der Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in. Diese muss persönlich bei relevanten Fragen der

Behandlungsplanung, in Krisensituationen und bei der Abstimmung mit weiteren Leistungserbringer\*innen als zentrale Ansprechperson für die Patient\*in zur Verfügung stehen.

Vorgesehen ist in § 11, auch im Regelungsentwurf des GKV-SV, dass die Koordination der Versorgung u. a. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer\*innen sowie das Nachhalten des Gesamtbehandlungsplans beinhalten soll. Diese Anforderungen an die Koordination machen die Qualifikation einer Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in erforderlich. Die Koordination der Versorgung muss daher im Kern über die Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in erfolgen, da diese über die erforderliche fachliche Expertise, insbesondere auch bei der Absprache mit anderen Leistungserbringer\*innen, verfügt.

Für den Aufbau einer ambulanten Komplexbehandlung, die auch dazu dienen soll, stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, ist es zudem erforderlich, die Koordination in der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu verankern. Dies gilt auch dann, wenn Patient\*innen basierend auf Kooperationsverträgen Teile ihrer Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen erhalten. Entsprechend lehnt die BPtK den Vorschlag von GKV-SV und PatV zu § 6 Absatz 1 Nr. 2 ab, die Koordination an eine nicht-ärztliche Person in einer Psychiatrischen Institutsambulanz zu übertragen.

Auch der Vorschlag der PatV, mit § 6 Absatz 1 Nr. 3 zusätzlich die Übernahme der Koordination durch Ergo-, Soziotherapeut\*in oder Pflegefachpersonen zu ermöglichen, wenn diese durch die Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in verordnet wird, entspricht aus Sicht der BPtK nicht den fachlichen Anforderungen, die für die Übernahme der Koordination erforderlich sind. Sachgerecht ist hingegen, dass bestimmte Teile der Koordinationsaufgaben orientiert am Koordinationsbedarf bei der individuellen Patientenversorgung und unter Berücksichtigung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen von der Bezugsärzt\*in oder Bezugspsychotherapeut\*in delegiert werden können.

### 3.3.2 Flexible Gestaltungsmöglichkeiten für den Personenkreis, der Teile der Koordination übernehmen kann (§ 6 Absatz 2)

In § 6 Absatz 2 soll festgelegt werden, welche Personen- bzw. Berufsgruppen grundsätzlich für die Übernahme von Teilen der Koordination infrage kommen und welche Anforderungen diese ggf. zusätzlich erfüllen müssen.

### **Änderungsvorschlag zu § 6 Absatz 2 ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:**

*„(2) Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen, diese sollten über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie/**Neuro(psycho)logie** oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:*

- 1. Medizinische Fachangestellte,*
- 2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,*
- 3. Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen,*
- 4. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege aufgrund eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen,*
- 5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,**
- 6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,**
- 7. Pflegefachpersonen,**
- 8. Psychologinnen und Psychologen,**
- 9. Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter.“**

#### **Begründung:**

Um ein flächendeckendes fachgruppenübergreifendes Angebot der ambulanten Komplexversorgung zu ermöglichen, ist es aus Sicht der BPtK erforderlich, dass je nach individueller Situation von Patient\*innen auf einen breiten Personenkreis für die Übernahme von Teilen der Koordination zurückgegriffen werden kann. Es sollte daher ein entsprechend breit angelegtes Anforderungsprofil für diese Personen- und Berufsgruppen definiert werden.

Für Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen können Genesungsbegleiter\*innen, die selbst über persönliche Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und dem Versorgungssystem verfügen, einen wichtigen Beitrag im Behandlungsprozess leisten. Daher sollte aus Sicht der BPtK auch die Möglichkeit bestehen, diese in die Versorgung und Unterstützung von Patient\*innen systematisch einzubeziehen.

Um eine verbesserte Versorgung von Patient\*innen, die unter psychischen Erkrankungen auch aus dem Bereich der demenziellen Erkrankungen und anderen organisch bedingten

psychischen Erkrankungen leiden, zu gewährleisten, sollten zudem auch Zusatzqualifikationen und praktische Erfahrungen aus dem Bereich der Neurologie bzw. Neuropsychologischen Therapie als relevante Qualifikation Berücksichtigung finden.

### 3.3.3 Keine unnötigen Hürden durch zeitliche Vorgaben für koordinierende Personen aufbauen (§ 6 Absatz 3)

Der GKV-SV schlägt vor, in § 6 Absatz 3 einen Mindestumfang von 20 Stunden pro Woche zu definieren, in dem die Personen zur Unterstützung der Versorgung zur Verfügung stehen müssen. Gleichzeitig sollen diese nicht mehr als 40 Patient\*innen gleichzeitig betreuen.

**Die BPtK lehnt die vom GKV-SV in § 6 Absatz 3 vorgeschlagene Regelung ab.**

#### **Begründung:**

Die Definition eines Mindestumfangs von 20 Stunden pro Woche, die eine koordinierende Person für diese Funktion zur Verfügung stehen muss, birgt die Gefahr, dass keine flexible Ausgestaltung der ambulanten Komplexversorgung entsprechend den Bedarfen von Patient\*innen möglich ist. Insbesondere in Netzen mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Leistungserbringer\*innen wird es kaum möglich sein, alle Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen jeweils mit einem Mindestumfang von 20 Stunden pro Woche einzubeziehen. Verzichtet man an dieser Stelle jedoch darauf, Personen mit unterschiedlicher Grundqualifikation in die Behandlung einzubeziehen, wird es kaum möglich sein, die ambulante Komplexbehandlung individuell am Bedarf der einzelnen Patient\*in auszurichten. Je nach spezifischen Erkrankungen und Teilhabebeeinträchtigungen werden Personen mit unterschiedlicher Qualifikation erforderlich sein, an die Teile der Koordination übertragen werden können, um eine optimale Unterstützung der Patient\*innen zu gewährleisten. Aus Sicht der BPtK kann diese Aufgabe auch für einzelne Patient\*innen übernommen werden, die nicht zu einem Arbeitsumfang von 20 Stunden pro Woche führen.

Darüber hinaus würde dieser Regelungsvorschlag des GKV-SV in Kombination mit dem Regelungsvorschlag zu § 6 Absatz 1 dazu führen, dass der Kreis der teilnahmeberechtigten Vertragsärzt\*innen und -psychotherapeut\*innen, die die Aufgabe als Bezugsärzt\*in oder -psychotherapeut\*in übernehmen können, massiv eingeschränkt wird. In der Folge würden sich die Netzverbände auf absehbare Zeit nicht flächendeckend und nicht mit den erforderlichen Versorgungskapazitäten entwickeln könnten.



### 3.4 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes (§ 7)

#### 3.4.1 Zeitnahe Herstellung des Erstkontakts (§ 7 Absatz 1 Nr. 2)

KBV, DKG und PatV schlagen vor, mit § 7 Absatz 1 Nr. 2 zu regeln, dass zu den Aufgaben des Netzverbundes gehört, nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah einen Erstkontakt in der Eingangssprechstunde zu ermöglichen.

**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV, DKG und PatV zu § 7 Absatz 1 Nr. 2.**

#### **Begründung:**

Für Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen ist ein schneller und unmittelbarer Zugang zur Versorgung essenziell und sollte aus Sicht der BPtK als zentrale Aufgabe des Netzverbundes in der Richtlinie verankert werden (vgl. auch § 8 Absatz 5). Der von KBV, DKG und PatV vorgeschlagene Zeitraum von in der Regel sieben Werktagen zwischen der Überweisung bzw. Empfehlung und dem Erstkontakt in der Eingangssprechstunde erscheint aus Sicht der BPtK eine realistische Vorgabe, die dem meist dringenden Behandlungsbedarf der Patient\*innen auf der einen Seite und der Umsetzbarkeit auch innerhalb eines kleinen Netzwerkverbunds auf der anderen Seite gerecht wird.

#### 3.4.2 Durchführung regelmäßiger Netzverbundskonferenzen (§ 7 Absatz 1 Nr. 9)

KBV, DKG und PatV schlagen vor, mit § 7 Absatz 1 Nr. 9 zu regeln, dass zu den Aufgaben des Netzverbundes gehört, regelmäßig Netzverbundskonferenzen durchzuführen.

**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV, DKG und PatV zu § 7 Absatz 1 Nr. 9.**

#### **Begründung:**

Die BPtK begrüßt ausdrücklich, in der Richtlinie regelmäßige Netzverbundskonferenzen zu verankern. Entsprechende Treffen können unter anderem der Entwicklung und gemeinsamen Ausgestaltung spezifischer regionaler Behandlungsangebote, der bedarfsorientierten Weiterentwicklung der Kooperationsbeziehungen, der Verbesserung der Kommunikation im Netzwerk und dem fachlichen Austausch dienen. Ein regelmäßiger Austausch zwischen den an einem Netzwerk beteiligten Leistungserbringer\*innen ist erforderlich, um über einen langfristigen Zeitraum eine gute Zusammenarbeit innerhalb eines multiprofessionellen Netzwerks zu gewährleisten.



### 3.4.3 Intensivierte berufsgruppenübergreifende Behandlung (§ 7 Absatz 1 Nr. 12)

Die KBV schlägt vor, mit § 7 Absatz 1 Nr. 12 als zentrale Aufgabe des Netzverbundes eine intensivierete berufsgruppenübergreifende Behandlung zu definieren, deren Leistungsmodulare in Anlage 1 aufgeführt werden.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 7 Absatz 1 Nr. 12.**

##### **Begründung:**

Die BPtK begrüßt ausdrücklich, als Aufgabe des Netzverbundes die Umsetzung einer intensivierten berufsgruppenübergreifenden Behandlung unter Verweis auf die in Anlage 1 definierten Leistungsmodulare zu verankern. Nur wenn es gelingt, Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ein intensiviertes multimodales Behandlungsangebot aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung heraus anzubieten, können die mit dieser Richtlinie verbundenen Ziele, wie beispielsweise eine Vermeidung stationärer Aufenthalte, tatsächlich erreicht werden. Der erhöhte psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe wird regelhaft nicht allein durch bereits bestehende Leistungen der ambulanten Versorgung adressiert werden können. Aus Sicht der BPtK ist es daher zentral, mithilfe dieser Richtlinie ein intensiviertes Behandlungsangebot zu schaffen, das regelhaft den Einbezug verschiedener Leistungserbringer\*innen vorsieht.

### 3.4.4 Koordination des Netzverbundes durch Netzverbundbeauftragte (§ 7 Absatz 4)

KBV und PatV schlagen vor, mit der Aufnahme von § 7 Absatz 4 für die Koordination des Netzverbundes eine Netzverbundbeauftragte\* vorzusehen.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 7 Absatz 4.**

##### **Begründung:**

Erfahrungen aus Projekten zur multiprofessionellen vernetzten Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zeigen, dass die Unterstützung eines Netzverbundes durch eine Netzverbundbeauftragte\* wesentlich dazu beitragen kann, die Kommunikation im Verbund sowie die Abstimmung einzelner Behandlungsangebote zu verbessern<sup>1</sup>. Aus Sicht der BPtK kann die Verankerung einer entsprechenden Funktion für

---

<sup>1</sup> Vgl. dazu das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“. Informationen abrufbar unter: <https://nppv-nordrhein.de/das-projekt/ergebnisse-und-erfahrungen/>.

die Netze in dieser Richtlinie, die zusätzlich durch digitale Plattformen der jeweiligen regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt werden, wesentlich zum Erfolg der Versorgung nach dieser Richtlinie beitragen. Wird keine entsprechende Person vorgesehen, die die Funktion der Koordination des Netzverbundes übernimmt, ist zu befürchten, dass aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der einzelnen teilnehmenden Leistungserbringer\*innen die Ressourcen eines Netzverbundes nur unzureichend aufeinander abgestimmt und damit nicht optimal genutzt werden können.

## 4 C. Patientenversorgung

### 4.1 Zugang (§ 8)

In § 8 wird festgelegt, wie und über welche Leistungserbringer\*innen der Zugang zum geschaffenen Versorgungsangebot erfolgen soll. Wesentliches Ziel hierbei soll eine möglichst niederschwellige Gestaltung des Zugangs sein.

#### 4.1.1 Einfache Zugangswege zum Netzverbund definieren (§ 8 Absatz 1)

In § 8 Absatz 1 werden die zur Versorgung möglichen Zugangswege definiert. Alle Regelungsvorschläge sehen sowohl einen direkten als auch einen indirekten Zugang vor, der über nicht dem Netzverbund angehörende Leistungserbringer\*innen erfolgen kann.

### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV, DKG und PatV zu § 8 Absatz 1.**

#### **Begründung:**

Um eine Versorgung nach dieser Richtlinie beginnen zu können, muss ein einfacher und niedrigschwelliger Zugang zum Netzverbund sichergestellt werden. Dieser Zugang kann direkt über einen der am Netzverbund beteiligten Leistungserbringer\*innen erfolgen. Um den Zugang so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten, spricht sich die BPtK dafür aus, dass der Erstkontakt zum Netzverbund über alle unter § 3 genannten Leistungserbringer\*innen erfolgen kann. Erst für das Durchführen der Eingangssprechstunde ist eine Qualifikation nach § 3 Absatz 1 Nr. 1 bis 5 und damit eine Einschränkung auf ärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringer\*innen erforderlich (vgl. § 9).

Falls noch kein direkter Kontakt zwischen Patient\*in und Leistungserbringer\*innen des Netzverbunds besteht, sollte es zum anderen möglich sein, dass externe Leistungserbringer\*innen eine Empfehlung für die Versorgung im Netzverbund aussprechen. Aus Sicht der BPtK besteht jedoch kein Grund, warum hier nicht auch auf das bewährte Steuerungs-

instrument der Überweisung zugegriffen werden können soll. Die konkreten Leistungserbringer\*innen, die befugt sind, eine Überweisung oder Empfehlung zur Versorgung auszusprechen, sind in § 8 Absätze 2 und 3 definiert.

#### 4.1.2 Niedrigschwelligen und vielfältigen Zugang zur Versorgung ermöglichen (§ 8 Absatz 2)

Unter § 8 Absatz 2 wird aufgelistet, wer bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 Absatz 2 mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf eine Empfehlung oder Überweisung in den Netzverbund aussprechen darf.

#### **Änderungsvorschlag zu § 8 Absatz 2 ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:**

*„(2) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 Absatz 2 mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ausgesprochen werden durch:*

- 1. alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,*
- 2. Sozialpsychiatrische Dienste,*
- 3. Psychosoziale Beratungsstellen.“*

#### **Begründung:**

Um die bislang unterversorgte Patientengruppe der insbesondere schwer psychisch erkrankten Patient\*innen zu erreichen, muss gewährleistet werden, dass der Zugang zur Versorgung so niederschwellig wie möglich erfolgt. Vor diesem Hintergrund muss eine Empfehlung oder Überweisung zur Versorgung durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen ausgesprochen werden können. Eine Einschränkung auf bestimmte Facharztgruppen, die über vertiefte Expertise über psychische Erkrankungen verfügen, steht im Widerspruch zum Ziel, den Zugang mit so wenigen Hürden wie möglich zu gestalten. Eine Vorsondierung der Patient\*innen, denen ein Erstkontakt im Netzverbund ermöglicht wird, durch nicht dem Netzverbund angehörige Fachärzt\*innen ist deswegen aus Sicht der BPtK nicht wünschenswert. Die Entscheidung über die Eignung einer Patient\*in zur Behandlung im Netzverbund obliegt den am Netzverbund teilnehmenden Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen, erfolgt im Rahmen einer Eingangssprechstunde und differenzialdiagnostischen Abklärung und ggf. in Rücksprache mit anderen am Netzverbund teilnehmenden Leistungserbringer\*innen.

Berücksichtigt werden muss auch, dass ein Teil der schwer psychisch erkrankten Menschen nicht direkt bei Ärzt\*innen oder Psychotherapeut\*innen Hilfe sucht. Deswegen sollte es neben den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen auch Sozialpsychiatrischen Diensten und Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, in denen diese Patientengruppe oftmals erste Hilfskontakte sucht, möglich sein, Betroffenen eine Behandlung im Netzverbund zu empfehlen. Insgesamt ist aus Sicht der BpTK hervorzuheben, dass der Zugang zur Versorgung gemäß dieser Richtlinie so niederschwellig und vielfältig wie möglich gestaltet werden sollte.

#### 4.1.3 Empfehlung vor Entlassung aus (teil-)stationärer Einrichtung durch Fachärzt\*in oder Psychotherapeut\*in (§ 8 Absatz 3)

In § 8 Absatz 3 wird die Möglichkeit eröffnet, die Empfehlung für eine Behandlung gemäß der Richtlinie auch bei der Entlassung aus (teil-)stationären Einrichtungen sowie aus Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, auszusprechen.

#### **Die BpTK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 8 Absatz 3.**

##### **Begründung:**

Die Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung ist Teil des gesetzlichen Auftrags, der in § 92 Absatz 6b SGB V zur Gestaltung dieser Richtlinie formuliert wurde. Um dies zu gewährleisten, muss es den behandelnden Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen möglich sein, im Rahmen des Entlassmanagements eine Weiterbehandlung in der Richtlinie zu empfehlen. Die BpTK betont, dass diese Empfehlung auf Facharztniveau erfolgen sollte und sowohl von Ärzt\*innen als auch Psychotherapeut\*innen der Einrichtung ausgesprochen werden kann. Es ist fachlich nicht nachzuvollziehen, warum behandelnde Psychotherapeut\*innen keine Empfehlung für eine Weiterbehandlung in der Richtlinie aussprechen können sollten (vgl. auch § 12).

#### 4.1.4 Fokus auf schnelle Terminvermittlung durch empfehlende und überweisende Leistungserbringer\*innen (§ 8 Absatz 4)

In § 8 Absatz 4 wird geregelt, welche Aufgaben die empfehlenden oder überweisenden Leistungserbringer\*innen übernehmen.

#### **Die BpTK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV und DKG zu § 8 Absatz 4.**

##### **Begründung:**

§ 8 Absatz 4 legt fest, dass mit Einverständnis der Patient\*in durch die empfehlenden oder überweisenden Leistungserbringer\*innen eine unmittelbare Terminvermittlung zum

Netzverbund erfolgt. Eine zusätzliche Pflicht, über das Versorgungsangebot zu informieren und eine Übersicht der Netzverbände bereitzuhalten, wie sie im Regelungsvorschlag vom GKV-SV und PatV festgelegt wird, ist nicht von allen ambulanten Leistungserbringer\*innen leistbar. Anstatt hier zusätzlich Hürden für Leistungserbringer\*innen aufzubauen, die Patient\*innen eine Behandlung in einem Netzverbund empfehlen oder an diesen überweisen wollen, sollte die schnelle Terminvermittlung bei dem von der Patient\*in gewünschten Netzverbund im Fokus stehen. Die BPtK stützt daher die Position von KBV und DKG, sich im Regelungsentwurf auf diese Vorgabe zu beschränken.

#### 4.1.5 Zeitnahen Zugang zur Versorgung ermöglichen, der in der Praxis umsetzbar ist (§ 8 Absatz 5)

§ 8 Absatz 5 definiert die zeitliche Frist, innerhalb derer der Zugang zur Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zum Netzverbund zu erfolgen hat.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV, DKG und PatV zu § 8 Absatz 5.**

##### **Begründung:**

Für Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen ist ein schneller und unmittelbarer Zugang zur Versorgung essenziell. Um einen nahtlosen Übergang zwischen Sektorengrenzen zu gestalten, muss nach der Entlassung aus einer teil- oder vollstationären Behandlung zeitnah ein Termin in der Eingangssprechstunde sichergestellt werden. Aber auch bei einer Empfehlung oder Überweisung durch Leistungserbringer\*innen der ambulanten Versorgung ist es unerlässlich, den Versorgungsbedarf einer vorstelligen Patient\*in alsbald abzuklären. Dies ist entscheidend für den weiteren Behandlungserfolg. Hierfür erscheint eine Frist von sieben Werktagen nach Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung, wie von KBV, DKG und PatV vorgesehen, realistisch. Eine Frist von drei Tagen, wie sie der Entwurf des GKV-SV vorsieht, ist in der Praxis nicht regelhaft umsetzbar, insbesondere wenn auf die Empfehlung oder Überweisung ein Wochenende oder Feiertage folgen. Es gilt zudem zu berücksichtigen, dass die dem Netzverbund angehörigen Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen auch Versorgungsleistungen außerhalb des Netzverbunds erbringen. Im Falle einer Dreitagespflicht müssten jedoch mehrmals wöchentlich feste Notfalltermine für die Eingangssprechstunde eingeplant werden oder bestehende Patiententermine verschoben werden. Im Sinne eines realistischen Planungsspielraums ist ein Zeitraum von sieben Werktagen zwischen Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung und Eingangssprechstunde, der eine wöchentliche Terminplanung ermöglicht, an dieser Stelle eindeutig zu bevorzugen. Generell ist zu beachten, dass die Versorgungskapazitäten in den entstehenden Netzverbänden jeweils begrenzt sind. Dies gilt umso mehr für kleinere Netzverbände, die allein für relativ große Einzugsgebiete zuständig sind. Daher werden

begleitende Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie erforderlich sein, die es den Mitgliedern der Netzverbände erlauben, durch Anstellung von Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen spezifisch für die Versorgung nach dieser Richtlinie zusätzliche Versorgungskapazitäten in den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen und Einrichtungen zu schaffen.

#### 4.1.6 Eignung für Behandlung im Netzwerk unmittelbar innerhalb der Eingangssprechstunde prüfen (§ 8 Absatz 6)

§ 8 Absatz 6 legt fest, in welchem Rahmen die Diagnostik einer vorstelligen Patient\*in erfolgt und die Voraussetzungen für eine Versorgung im Netzwerk nach § 2 geprüft werden sollen.

### **Die BpTK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 8 Absatz 6.**

#### **Begründung:**

Für hilfeschuchende, schwer erkrankte Patient\*innen ist es entscheidend, dass die Abklärung des Versorgungsbedarfs und der Eignung für eine Versorgung gemäß dieser Richtlinie unmittelbar beim Zugang zum Netzwerk erfolgt. Hierfür wird eine Eingangssprechstunde angeboten, innerhalb derer das Assessment und die Prüfung der Voraussetzungen gemäß § 2 für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie stattfinden. Die Mitglieder des Netzverbundes nach § 3 Absatz 1 verfügen dabei über die notwendige Expertise und Kompetenzen, um eine umfassende und zielgenaue Diagnostik durchzuführen bzw. weitere differenzialdiagnostische Untersuchungen zu veranlassen. Eine Verschiebung der Prüfung, ob eine Patient\*in für eine Behandlung im Netzwerk grundsätzlich geeignet ist, soll deswegen im Sinne des Patientenwohls nicht auf spätere Termine verschoben werden, sondern unmittelbar im Rahmen einer Eingangssprechstunde erfolgen. Diese Leistung der Eingangssprechstunde wird dabei vor dem Hintergrund des spezifischen Bedarfs hinsichtlich der diagnostischen Abklärung unter Einbezug weiterer Leistungserbringer\*innen und des Informations-, Aufklärungs- und Beratungsbedarfs der Patient\*in regelhaft über mehrere Termine zu erbringen sein (siehe hierfür auch das entsprechende Leistungsmodul der Anlage „1. Eingangssprechstunde mit Assessment“). Details zu den in der Eingangssprechstunde zu erbringenden Leistungen sind in § 9 Absatz 1 geregelt.

## 4.2 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung (§ 9)

### 4.2.1 Erstdiagnostik im Rahmen der Eingangssprechstunde auch für Psychotherapeut\*innen ermöglichen (§ 9 Absatz 1)

§ 9 Absatz 1 definiert die Leistungen, die im Rahmen der Eingangssprechstunde von der jeweiligen Leistungserbringer\*in zu erfüllen sind.

#### **Änderungsvorschlag zu § 9 Absatz 1, ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:**

*„In der Eingangssprechstunde erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 Nummer 1 bis 5. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und, sofern diese erfüllt sind, ein **Gesamtbehandlungsplan-vorläufiger Behandlungsplan** erstellt.*

*Zudem wird die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut festgelegt. Die Patienteninteressen sind zu berücksichtigen.“*

#### **Begründung:**

In der Eingangssprechstunde erfolgt eine erste Diagnostik psychischer, somatischer und sozialer Aspekte, die für die Behandlung der Patient\*in relevant sind. Im Rahmen dieser (Erst)Diagnostik erfolgt auch die Indikationsstellung und Prüfung der Voraussetzungen für die Teilnahme an der Versorgung nach § 2. Diese (Erst)Diagnostik kann von allen dem Netzwerk angehörnden Leistungserbringer\*innen nach § 3 Absatz 1 Nr. 1 bis 5 erbracht werden. Dies schließt sowohl Fachärzt\*innen als auch ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen mit ein. Es ist fachlich aus Sicht der BPtK nicht nachzuvollziehen, dass Psychotherapeut\*innen, wie im Regelungsvorschlag der DKG vorgesehen, keine Eingangssprechstunde durchführen können sollen. Auch jetzt gewährleisten sie im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde eine umfassende diagnostische Abklärung und Indikationsstellung teils schwer psychisch erkrankter Patient\*innen. Psychotherapeut\*innen verfügen über die notwendige Expertise und Kompetenzen, um eine umfassende und zielgenaue Diagnostik durchzuführen und ggf. weitere differenzialdiagnostische Untersuchungen zu veranlassen. Erforderliche somatische Abklärungen werden in diesem Zusammenhang von den Psychotherapeut\*innen regelhaft veranlasst.

Auf Basis der (Erst)Diagnostik erstellt die Leistungserbringer\*in bei Erfüllung der Voraussetzungen innerhalb der Eingangssprechstunde einen vorläufigen Behandlungsplan. Dies gilt es aus Sicht der BPtK, in § 9 Absatz 1 zu verankern. Dieser vorläufige Behandlungsplan



kann nach Rücksprache mit den weiteren voraussichtlich an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer\*innen angepasst und ergänzt werden. Erst nach diesen Rücksprachen ist es möglich, einen endgültigen Gesamtbehandlungsplan zu erstellen.

Des Weiteren ist es unverzichtbar, dass bereits im Rahmen der Eingangssprechstunde die zuständige Bezugärzt\*in oder -psychotherapeut\*in vorläufig festgelegt wird, die den weiteren Behandlungsverlauf koordiniert und dafür verantwortlich ist, ggf. die weitere notwendige differenzialdiagnostische Abklärung durchzuführen oder zu veranlassen. Gerade für die an dieser Versorgung teilnehmenden Patient\*innen muss sichergestellt werden, dass schon zu Beginn der Behandlung eine verantwortliche Person festgelegt wird, die als feste Ansprechpartner\*in dient und für Rückfragen, mit denen insbesondere zu Beginn einer Behandlung zu rechnen ist, zur Verfügung steht.

#### 4.2.2 Expliziten Verweis auf verfügbare Leistungen in der Richtlinie verankern (§ 9 Absatz 2)

§ 9 Absatz 2 verweist auf die Leistungen, die im Rahmen einer Versorgung nach dieser Richtlinie zur Verfügung stehen.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 9 Absatz 2.**

##### **Begründung:**

Es wird regelhaft nicht ausreichend sein, ausschließlich auf bereits in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung bestehende Leistungen zurückzugreifen, um für Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen die mit dieser Richtlinie verbundenen Versorgungsziele zu erreichen. Ein expliziter Verweis auf die Leistungen, die im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie eingesetzt werden können, sollte deswegen fest in der Richtlinie verankert werden. Dies schließt die im SGB V verankerten Leistungen sowie die in der Anlage festgesetzten Leistungsmodule mit ein. Bei der Wahl der Leistungen orientieren sich die an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer\*innen am Gesamtbehandlungsplan der Patient\*in. Dieser wird regelmäßig und in Rücksprache mit den beteiligten Leistungserbringer\*innen durch die Bezugärzt\*in/-psychotherapeut\*in aktualisiert.



#### 4.2.3 Unterstützungsbedarf der Kinder, An- und Zugehörigen der Patient\*in überprüfen (§ 9 Absatz 3)

In § 9 Absatz 3 wird der Hinweis auf Hilfen außerhalb des SGB V geregelt. Zudem soll festgelegt werden, inwieweit eine Prüfung des Hilfebedarfs von Kindern, An- und Zugehörigen der Patient\*in durchgeführt wird.

**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag von KBV, DKG und PatV zu § 9 Absatz 3.**

##### **Begründung:**

Eine psychische Erkrankung betrifft nicht nur die Patient\*in selbst, sondern wirkt sich in der Regel auch massiv auf das direkte Umfeld der Patient\*in aus. Hier gilt es, insbesondere zu berücksichtigen, dass Kinder durch die Erkrankung ihrer Eltern stark belastet sein können und deswegen auf professionelle Unterstützung angewiesen sein können. Eine rechtzeitige Prüfung des Unterstützungsbedarfs des direkten Umfeldes ist nicht nur im Sinne einer zielführenden Prävention psychischer Erkrankungen bei Angehörigen relevant. Eine adäquate Unterstützung des familiären Umfelds kann sich auch positiv auf den Behandlungsverlauf und Genesungsprozess der Patient\*in auswirken. Die BPtK betont, dass die Prüfung des Unterstützungsbedarfs unbedingt auch weitere An- und Zugehörige, wie Eltern oder Partner\*innen, einschließen muss, die direkt von der Erkrankung der Patient\*in betroffen sind. Ein reiner Fokus auf die Kinder psychisch kranker Eltern, wie im Formulierungsvorschlag des GKV-SV vorgesehen, ist nicht ausreichend.

#### 4.2.4 Keine Anzeigepflicht gegenüber Krankenkassen (§ 9 Absatz 4)

Der GKV-SV schlägt mit § 9 Absatz 4 eine Anzeigepflicht gegenüber der zuständigen Krankenkasse zu Beginn der Versorgung vor.

**Die BPtK lehnt den Regelungsvorschlag des GKV-SV zu § 9 Absatz 4 ab.**

##### **Begründung:**

Schon seit Jahren bewegt sich die Bürokratiebelastung für Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen auf einem hohen Niveau. Laut dem Bürokratieindex 2019 der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019) nehmen Auskünfte an Krankenkassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung dabei ohnehin schon den zweitgrößten Informationsposten ein. Eine regelhafte Anzeigepflicht gegenüber der Krankenkasse zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie schafft zusätzliche bürokratische Hürden. Dies behindert in erster Linie die Arbeit für und mit den Patient\*innen. In Sinne des Patientenwohls ist die bürokratische Belastung im Netzverbund so gering wie möglich zu halten.

Die BPtK spricht sich daher dagegen aus, eine Anzeigepflicht gegenüber der zuständigen Krankenkasse zu Beginn der Versorgung festzuschreiben.

#### 4.2.5 Kein Ausschluss der Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des Netzverbunds (§ 9 Absatz 5)

Der GKV-SV formuliert mit § 9 Absatz 5 den Ausschluss der parallelen Behandlung im Rahmen mehrerer Netzverbände bzw. durch nicht am Netzverbund teilnehmende Leistungserbringer\*innen.

**Die BPtK lehnt den Regelungsvorschlag des GKV-SV zu § 9 Absatz 5 ab.**

##### **Begründung:**

Gesetzlich Krankenversicherte haben grundsätzlich das Recht auf eine freie Arztwahl. Dieses Recht darf durch das Antreten einer Versorgung innerhalb eines Netzverbundes nicht eingeschränkt werden. Patient\*innen muss es auch während einer Behandlung im Netzverbund möglich sein, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Netzverbunds in Anspruch zu nehmen. So muss beispielsweise gewährleistet werden, dass bei Unzufriedenheit mit der Behandlung, den Behandelnden oder Nichtverfügbarkeit bestimmter Behandlungsleistungen durch Mitglieder des Netzverbundes auch Termine bei anderen Leistungserbringer\*innen wahrgenommen werden können. Hierfür darf es nicht Voraussetzung sein, zunächst aus der Behandlung im Netzverbund auszusteigen. Dies gilt auch dann, wenn sich diese Leistungen auf eine Diagnose nach § 2 Absatz 2 beziehen. Die BPtK betont deswegen, dass die Inanspruchnahme von Leistungen nicht dem Netzverbund angehörender Leistungserbringer\*innen nicht eingeschränkt werden darf.

#### 4.2.6 Weiterbehandlung durch externe Leistungserbringer\*innen ermöglichen (§ 9 Absatz 6)

In § 9 Absatz 6 wird festgelegt, in welcher Form die Weiterbehandlung durch nicht dem Netzverbund angehörige Leistungserbringer\*innen möglich ist.

**Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 9 Absatz 6.**

##### **Begründung:**

Es ist davon auszugehen, dass die nach dieser Richtlinie behandelte Patientengruppe mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen in der Regel bereits vor Eintritt in den Netzverbund im Rahmen der Regelversorgung bei anderen Ärzt\*innen oder Psychotherapeut\*innen versorgt wird. Die Weiterbehandlung durch externe Leistungserbringer\*innen kann sinnvoll sein, um die Behandlungskontinuität aufrechtzuerhalten. Es wäre fatal,

wenn die Einführung der neuen Versorgungsform zu Behandlungsbrüchen bei diesen Patient\*innen führen würde. Voraussetzung für eine Weiterbehandlung sollte jedoch sein, dass externe Leistungserbringer\*innen in geeigneter Weise mit der Bezugärzt\*in oder Bezugspsychotherapeut\*in kooperieren. Hierfür müssen sie den Gesamtbehandlungsplan anerkennen und sich bereit erklären, an den Fallbesprechungen teilzunehmen.

Eine separate Verortung dieser Regelungen unter § 9 Absatz 6 ist aus Sicht der BPtK nicht notwendig. Die entsprechenden Regelungen sind bereits unter § 4, in dem die Ausgestaltung und Zusammensetzung des Netzverbands im Detail definiert wird, verortet bzw. sollen in den entsprechenden Absätzen ergänzt werden.

#### 4.2.7 Aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung in Richtlinie fest verankern (§ 9 Absatz 7)

In § 9 Absatz 7 wird die aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung verankert und deren Voraussetzung sowie Zielsetzung definiert.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV zu § 9 Absatz 7.**

##### **Begründung:**

Die Behandlung von Patient\*innen in den Praxen und Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung stellt die häufigste und in den meisten Fällen auch ausreichende Form der Versorgung dar. Besonders für die im Rahmen dieser Richtlinie versorgte Patientengruppe reicht dieser Versorgungsansatz jedoch insbesondere in Krisensituationen häufig nicht aus. Schwer kranken Patient\*innen ist es unter bestimmten Umständen nicht mehr möglich, aus eigenem Antrieb die Praxis aufzusuchen. Auch die Unterstützung durch Soziotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege kann in diesen Fällen unzureichend sein. Auch kann es sich positiv auf den Behandlungsverlauf auswirken, wenn in geeigneten Fällen und mit Einverständnis der Patient\*in das häusliche Umfeld mit in die Behandlung einbezogen werden kann. Aktuell ist eine aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Rahmen der Regelversorgung jedoch nur als stationsäquivalente psychiatrische Behandlung gemäß § 115d SGB V verfügbar. Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen der Indikation für eine stationäre Behandlung.

Aus Sicht der BPtK ist es daher von zentraler Bedeutung, die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung, das heißt eine Behandlung im häuslichen Umfeld der Patient\*innen über die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie hinaus, als Versorgungselement in der hier vorliegenden Richtlinie zu verankern. Dies entspricht auch den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“, nach denen

eine aufsuchende Behandlung Teil der ambulanten Behandlung durch ein multiprofessionelles Team und über akute Krankheitsphasen hinaus verfügbar sein soll (DGPPN, 2019). Um aufsuchende Behandlung im Sinne eines *stationersetzenden* Home Treatment, wie es die S3-Leitlinie empfiehlt, zu ermöglichen, muss die aufsuchende Behandlung expliziter Bestandteil der Leistungen dieser Richtlinie sein. Die alleinige Auflistung dieses zentralen Behandlungsmoduls im Leistungskatalog der Anlage, wie von dem GKV-SV und der DKG angedacht, ist nicht ausreichend.

### 4.3 Gesamtbehandlungsplan (§ 10)

Die Erstellung eines patientenindividuellen und bedarfsgerechten Gesamtbehandlungsplans ist zentraler Ankerpunkt einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung, wie sie in dieser Richtlinie geschaffen wird. Einzelheiten zur Erstellung und inhaltlichen Ausgestaltung des Gesamtbehandlungsplans werden in § 10 formuliert.

#### 4.3.1 Ausgestaltung des Gesamtbehandlungsplans (§ 10 Absatz 1)

§ 10 Absatz 1 definiert, wer an der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans beteiligt ist und welche Angaben er enthält.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der PatV zu § 10 Absatz 1.**

##### **Begründung:**

Die BPtK unterstützt den Vorschlag, dass die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans durch die Bezugsärzt\*in oder Bezugspsychotherapeut\*in erfolgt. Dies geschieht unter Einbezug der Patient\*in, an der Behandlung beteiligter Leistungserbringer\*innen, ggf. auch solcher, die nicht Teil des Netzverbands sind, sowie bei Bedarf relevanter Bezugspersonen.

Im Gesamtbehandlungsplan wird patientenindividuell der Bedarf an Maßnahmen gelistet, der auf Basis der Diagnostik und im Rahmen des oben genannten Abstimmungsprozesses festgestellt wird. Hier spricht sich die BPtK dafür aus, neben dem Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Heilmitteln unbedingt auch den Bedarf an Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege im Gesamtbehandlungsplan aufzuführen. Soziotherapeut\*innen und Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen, sind gemäß § 3 Absatz 4 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt. Die von

ihnen erbrachten Leistungen stellen einen zentralen Baustein der ambulanten Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Menschen dar. Im Zuge der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans sollte daher deren Erforderlichkeit dezidiert geprüft werden.

#### 4.3.2 Verantwortung für Änderungen des Gesamtbehandlungsplans bei Bezugsärzt\*in oder -psychotherapeut\*in (§ 10 Absatz 2)

§ 10 Absatz 2 regelt die Verbindlichkeit des Gesamtbehandlungsplans sowie die Möglichkeit zu dessen Anpassung und Veränderung.

### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und PatV zu § 10 Absatz 2.**

#### **Begründung:**

In Übereinstimmung mit der bereits geführten Argumentation betont die BPtK auch an dieser Stelle, dass ärztliche und Psychologische Psychotherapeut\*innen die Rolle als Bezugspsychotherapeut\*in übernehmen können. Abstimmungen bezüglich notwendiger Änderungen des Gesamtbehandlungsplans haben deswegen mit der Bezugsärzt\*in bzw. mit einer Bezugspsychotherapeut\*in zu erfolgen (vgl. § 5 Absatz 1).

#### 4.3.3 Somatischen Behandlungsbedarf im Gesamtbehandlungsplan festhalten (§ 10 Absatz 3)

In § 10 Absatz 3 wird formuliert, welche weiteren Angaben im Gesamtbehandlungsplan gemacht werden sollen.

### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag des GKV-SV, der KBV und DKG zu § 10 Absatz 3.**

#### **Begründung:**

Die BPtK unterstützt den Vorschlag von GKV-SV, KBV und DKG, im Gesamtbehandlungsplan auch die somatischen Behandlungsnotwendigkeiten festzuhalten. Psychische Erkrankungen gehen oft mit somatischen Komorbiditäten einher, die den Krankheitsverlauf mitbestimmen und sich auf den Versorgungsbedarf der Patient\*innen auswirken. Bei Bedarf soll deswegen auch die somatische Abklärung und die Behandlungsnotwendigkeit somatischer Komorbiditäten in den Gesamtbehandlungsplan aufgenommen werden. Die Behandlung etwaiger somatischer Komorbiditäten ist nicht Gegenstand der Versorgung nach dieser Richtlinie. Ein enger Austausch zwischen Bezugsärzt\*in oder -psychotherapeut\*in und behandelnden Fachärzt\*innen, die nicht Teil des Netzverbands sind, ist jedoch zentral für den Genesungsprozess der Patient\*in und sollte entsprechend in den Gesamtbehandlungsplan aufgenommen werden.

#### 4.4 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerk (§ 11)

§ 11 definiert die konkreten Koordinationsaufgaben im Netzwerk. Die vorliegenden Regelungsvorschläge schließen im Wesentlichen an § 6 an, in dem die für die Koordination zuständigen Berufsgruppen festgelegt werden.

##### **Änderungsvorschlag zu § 11, ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:**

*„Die Koordinationsaufgaben der Bezugärztin oder des Bezugarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten nach § 6 umfassen:*

- 1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern und Leistungserbringern,*
- 2. die Überprüfung der Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans,*
- 3. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringern und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten,*
- 4. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,*
- 5. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich,*
- 6. den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten, sofern erforderlich Motivation und das Hinwirken auf Termintreue,*
- 7. bei Bedarf Kontaktaufnahme und Austausch mit Einrichtungen nach § 4 Absatz 5 zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.“**

##### **Begründung:**

Um eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Patient\*innen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf sicherzustellen, ist ein breites Spektrum an Koordinationsaufgaben zu erfüllen. Das Portfolio der in § 11 gelisteten Aufgaben macht deutlich, dass diese in Teilen die Qualifikation einer Fachärzt\*in oder Psychotherapeut\*in verlangen. Damit schließt sich die Position der BPtK zu den Regelungen in § 11 unmittelbar an die Argumentation zu § 6 Absatz 1 an. Die Koordination der Versorgung muss im Kern über die Bezugärzt\*in/-psychotherapeut\*in erfolgen. Im Regelungsentwurf zu § 11 ist beispielsweise u. a. vorgesehen, dass die Koordination der Versorgung die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer\*innen beinhalten soll. Diese

Anforderungen an die Koordination sind nicht, wie im Vorschlag des GKV-SV vorgesehen, von einer nicht-ärztlichen Person zu leisten. Denkbar ist jedoch, dass je nach individuellem Behandlungs- und Koordinationsbedarf der Patient\*in Teile der Koordinationsaufgaben an andere Berufsgruppen übertragen werden können.

Gegen den Regelungsvorschlag des GKV-SV spricht auch, dass das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, wie vom GKV-SV als Koordinationsaufgabe vorgesehen, den Rahmen des in der Praxis Leistbaren sprengt. Wie im Vorschlag der KBV formuliert, sollte es jedoch zentrale Koordinationsaufgabe sein, die Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans zu überprüfen.

Darüber hinaus plädiert die BpTK dafür, zusätzlich die Kontaktaufnahme und den Austausch mit Einrichtungen nach § 4 Absatz 5 zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen als Koordinationsaufgabe aufzunehmen. Dies schließt weitere Berufsgruppen und Einrichtungen außerhalb des SGB V mit ein, wie z. B. Suchtberatungsstellen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Da diese bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden können, ist es essenziell, den Austausch mit diesen nicht dem Netzwerk angehörigen Leistungserbringer\*innen sicherzustellen und als zentrale Koordinationsaufgabe zu definieren. Nur so kann eine umfassende multiprofessionelle Versorgung gelingen.

#### 4.5 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 12)

In § 12 Absatz 1 werden Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung festgelegt

##### 4.5.1 Bedarfsfeststellung im Rahmen des Entlassmanagements auch unter Verantwortung von Krankenhauspsychotherapeut\*innen (§ 12 Absatz 1)

§ 12 Absatz 1 beschreibt, dass bereits im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus durch ein Assessment der Bedarf für eine Anschlussversorgung im Rahmen der strukturierten und koordinierten Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V festgestellt werden kann.



### **Änderungsvorschlag zu § 12 Absatz 1:**

*„(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene unter Verantwortung der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes **bzw. der Krankenhauspsychotherapeutin oder des Krankenhauspsychotherapeuten** im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Kranker Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.“*

### **Begründung:**

Wie bereits weiter oben zu § 5 ausgeführt und begründet, befürwortet die BPtK den Vorschlag der KBV, dass auch Psychotherapeut\*innen die Rolle der Bezugspsychotherapeut\*in im Netzwerk, die in dieser Funktion auch die Eingangsdiagnostik durchführt, übernehmen können. Dem folgend verfügen Psychotherapeut\*innen auch über die fachliche Qualifikation, das Assessment im Rahmen des Entlassmanagements im Krankenhaus zu übernehmen. Dies entspricht zudem den Regelungen in anderen Richtlinien des G-BA, z. B. zur Soziotherapie oder psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, in denen die dort geregelten Befugnisse der Psychotherapeut\*innen jeweils auch für das Entlassmanagement aus dem Krankenhaus gelten (vgl. auch § 8 Absatz 3).

### **4.5.2 Probatorische Sitzungen noch während der Krankenhausbehandlung**

Gemäß § 92 Absatz 6a Satz 2 sind in dieser Richtlinie auch Regelungen zu treffen, die den Übergang von der stationären in die ambulante psychotherapeutische Versorgung erleichtern.

### **Die BPtK schlägt hierzu vor, bei § 12 folgenden Absatz 4 (neu) einzufügen:**

*„(4 neu) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in dessen Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann*



***hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einem Netzwerk Kontakt aufnehmen, um einen Termin für eine probatorische Sitzung bei einem Netzwerkmitglied zu vermitteln.“***

**Begründung:**

Die Erleichterung des Sektorenübergangs nach einer stationären Krankenhausbehandlung, insbesondere für eine nahtlose psychotherapeutische Weiterbehandlung, ist ein zentrales Ziel der gesetzlichen Regelung. Der Gesetzgeber hat hierbei insbesondere auch die Gruppe der schwer psychisch kranken Patient\*innen adressiert, die nach dieser Richtlinie versorgt werden können, und dem G-BA ausdrücklich aufgegeben, eine entsprechende Regelung in diese Richtlinie aufzunehmen und die gesetzliche Regelung weiter zu konkretisieren. Für eine nahtlose ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ist es sinnvoll, dass noch während der Krankenhausbehandlung probatorische Sitzungen durchgeführt werden können. Diese können nach der gesetzlichen Regelung auch in den Räumen des Krankenhauses stattfinden. Hieraus folgt, dass diese umgekehrt – wie in vielen Fällen unter therapeutischen Gesichtspunkten geboten – auch in der vertragspsychotherapeutischen Praxis durchgeführt werden.

Im Rahmen psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausbehandlungen werden bereits heute regelhaft Belastungserprobungen außerhalb des Krankenhauses durchgeführt. In diesem Sinne kann es für viele Patient\*innen hilfreich sein, wenn sie für den Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung noch während der Krankenhausbehandlung die jeweilige psychotherapeutische Praxis für entsprechende probatorische Sitzungen aufsuchen können, je nach Belastbarkeit unter Umständen auch mit Unterstützung durch das Krankenhauspersonal, z. B. einer Soziotherapeut\*in. Für Patient\*innen hätte dies zum einen den Vorteil, dass sie sich für eine ambulante Psychotherapie bei einer Psychotherapeut\*in auf Basis der realen Behandlungserfahrung in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis entscheiden könnten. Zum anderen würden Patient\*innen durch den positiven Verlauf dieser Belastungserprobung darin bestärkt, dass sie in der Lage sind, eigenständig oder ggf. mit soziotherapeutischer Unterstützung Termine in der psychotherapeutischen Praxis wahrzunehmen. Bei einer Indikation für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist dabei zu berücksichtigen, dass diese probatorischen Sitzungen bei einer ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeut\*in erfolgen sollten, die Mitglied eines Netzverbundes ist, sodass die psychotherapeutische Behandlung in abgestimmter Form auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans möglichst durch Mitglieder des Netzverbundes erbracht wird.

## 4.6 Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung (§ 13)

### 4.6.1 Überprüfung des Behandlungsfortschritts und der Therapiezielerreichung (§ 2 Absatz 1)

In § 13 Absatz 1 sollen Umfang und Frequenz der Überprüfung des Behandlungsfortschritts und die Therapiezielerreichung geregelt werden.

#### **Die BPtK befürwortet den Regelungsvorschlag der KBV und DKG zu § 13 Absatz 1.**

##### **Begründung:**

Der regelmäßigen Beurteilung des Behandlungsverlaufs und der Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele kommt in der Versorgung von schwer psychischen kranken Patient\*innen eine zentrale Bedeutung zu. Die Ergebnisse der Verlaufsdagnostik bilden die Grundlage, um die Angemessenheit und Wirksamkeit der multimodalen Behandlung zu prüfen und bei Bedarf erforderliche Anpassungen bei den psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlungsmaßnahmen sowie den weiteren Versorgungs- und Unterstützungsleistungen auf der Basis des Gesamtbehandlungsplans vornehmen zu können und ggf. Therapieziele anzupassen. Hierbei sind von der Bezugsärzt\*in bzw. -psychotherapeut\*in die Befunde der mitbehandelnden Leistungserbringer\*innen zu berücksichtigen. Bei Bedarf sollten die Ergebnisse der Verlaufsdagnostik darüber hinaus im patientenindividuellen Behandlungsteam beraten und erforderliche Anpassungen des Behandlungsplans abgestimmt werden. Hierbei ist es sachgerecht, den Behandlungsverlauf mindestens einmal pro Quartal systematisch zu erfassen. Je nach patientenindividuellem Bedarf und Behandlungsphase können auch höherfrequente Verlaufsuntersuchungen angezeigt sein.

### 4.6.2 Prüfung der Voraussetzungen und Überleitung (§ 13 Absätze 2 und 3)

In § 13 Absätze 2 und 3 sollen die Überprüfung der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie im Sinne eines Re-Assessments sowie das Vorgehen bei der Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie geregelt werden.

#### **Die BPtK schlägt vor, § 13 Absatz 2 auf Basis des Vorschlags von KBV und DKG wie folgt zu fassen:**

*„(2) Sind die Therapieziele erreicht, ist eine berufsgruppenübergreifende strukturierte und koordinierte Versorgung nicht länger erforderlich oder wird aus anderen Gründen die Versorgung nach dieser Richtlinie beendet, soll die Patientin oder der Patient in die Regelversorgung außerhalb der Richtlinie*

*überführt werden. Hierzu erstellt die Bezugsärztin, der Bezugsarzt, 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 **erforderlicher Leistungen zur weiteren Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe** ~~der Überführung in andere Versorgungsformen~~. Hierbei ist, soweit möglich und therapeutisch erforderlich, eine Weiterbehandlung durch die Mitglieder des patientenindividuellen Behandlungsteams anzustreben.“*

### **Begründung:**

Die Versorgung nach dieser Richtlinie ist insbesondere für schwer psychisch kranke Patient\*innen vorgesehen, die vor dem Hintergrund der Symptombelastung und der Schwere der Funktionsbeeinträchtigungen einer abgestimmten multimodalen Behandlung unter Beteiligung von mindestens zwei verschiedenen Berufsgruppen bedürfen. In vielen Fällen handelt es sich um schwer und chronisch erkrankte Patient\*innen, bei denen entsprechend längere Behandlungszeiten in der Therapieplanung anzusetzen sind, um die patientenindividuellen Therapieziele erreichen zu können. Bei vielen dieser Patient\*innen werden die Therapieziele auch nicht auf eine vollständige Heilung, sondern auf Linderung der Erkrankung, Stabilisierung des psychischen und physischen Gesundheitszustands und Verbesserung der psychosozialen Funktionen sowie der sozialen und beruflichen Teilhabe ausgerichtet sein. Eine hochfrequente Überprüfung der Voraussetzungen gemäß § 2 für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie kann daher nicht zielführend sein und kann von den Patient\*innen als zusätzlich verunsichernd erlebt werden. Maßstab für die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie kann dabei auch nicht sein, ob sich die gegenwärtigen Funktionsbeeinträchtigungen soweit gebessert haben, dass sie einen Wert von 50 auf der GAF-Skala übersteigen. Wesentliche Referenz kann nur sein, inwieweit die Therapieziele erreicht worden sind und ob weiterhin eine abgestimmte, multiprofessionelle Behandlung erforderlich ist.

Wichtig ist außerdem, dass den Patient\*innen in der Versorgung nach dieser Richtlinie und darüber hinaus stabile therapeutische Beziehungen angeboten werden können, die eine Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und eine Stärkung der Beziehungsfähigkeiten der Patient\*innen ermöglichen. Zusätzliche Versorgungsbrüche durch die Entwicklung der Versorgung nach dieser Richtlinie aufgrund neuer Schnittstellen zu der Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie sind unbedingt zu vermeiden. Daher sollten psychotherapeutische und ärztliche Weiterbehandlungen, aber

auch Leistungen anderer Berufsgruppen, soweit sie nach Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie weiterhin medizinisch erforderlich sind, von den jeweiligen hierfür zuständigen Mitgliedern der patientenindividuellen Behandlungsteams durchgeführt bzw. fortgesetzt werden. Bei der Planung der Überleitung in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie ist ein besonderes Augenmerk auf Maßnahmen der Rezidivprophylaxe und Leistungen zur weiteren Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe zu richten.

Schließlich kann es in diesem Sinne auch nicht zielführend sein, den Verbleib in der Versorgung nach dieser Richtlinie von einem regelmäßigen Assessment durch eine weitere Leistungserbringer\*in abhängig zu machen, die selbst nicht zum patientenindividuellen Behandlungsteam gehört. Die umfassenden diagnostischen Informationen, auch zum Verlauf der bisherigen Behandlung, liegen den Mitgliedern des patientenindividuellen Behandlungsteams vor. Durch die berufsgruppenübergreifende Kooperation können die spezifischen Perspektiven der beteiligten Leistungserbringer\*innen systematisch berücksichtigt und auch mit der jeweiligen Patient\*in beraten werden, auch hinsichtlich der Frage, ob ein Verbleib in der Versorgung nach dieser Richtlinie weiter angezeigt ist. Der Behandlung in einem patientenindividuellen Behandlungsteam mit regelmäßigen Fallbesprechungen ist das Prinzip der Zweitmeinung inhärent. Daher ist es nicht zielführend, bei einer Behandlungsdauer von länger als einem Jahr ein obligatorisches Zweitmeinungsverfahren vorzusehen, bei dem ein bislang an der Versorgung nicht beteiligtes Netzverbundmitglied ein erneutes Assessment durchführt, welches dann als eine zentrale Grundlage für die Entscheidung über den Verbleib in der Versorgung nach dieser Richtlinie im Rahmen einer Fallbesprechung mit dem Behandlungsteam herangezogen werden soll. Das obligatorische Assessment eines bislang unbeteiligten Netzverbundmitglieds würde insofern erhebliche Versorgungskapazitäten binden, wäre für die durchführende Leistungserbringer\*in auch zeitlich sehr aufwendig, weil – das Einverständnis der Patient\*in vorausgesetzt – lediglich Informationen aus der bisherigen Behandlungsdokumentation und keine eigenen klinischen Eindrücke aus der eigenen Behandlung zur Verfügung stünden. Für die Patient\*in wäre ein solches Vorgehen darüber hinaus zusätzlich belastend, da sie gehalten wäre, für den Zweck der Überprüfung der Voraussetzungen nach § 2 sehr persönliche, ggf. belastende Informationen mit einer ihr bislang unbekannte Ärzt\*in oder Psychotherapeut\*in zu teilen. Ein substanzieller Nutzen im Sinne der Qualitätssicherung der Versorgung wäre dagegen mit einem solchen Vorgehen gegenüber der regelhaften Beratung des Behandlungsverlaufs und der Ergebnisse des Re-Assessments im Rahmen einer Fallbesprechung im Behandlungsteam nicht verbunden.

Daher schlägt die BpTK vor, § 13 Absatz 3 wie folgt zu fassen:

***„(3) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ist jährlich ein Assessment nach § 2 durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten unter Einbezug der Befunde der weiteren Mitglieder des patientenindividuellen Behandlungsteams durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit dem Behandlungsteam zu bewerten. Davon unberührt ist eine Überleitung in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie durchzuführen, sobald die Voraussetzungen nach Absatz 2 gegeben sind. Sind die Voraussetzungen nach § 2 zu einem späteren Zeitpunkt wieder erfüllt, kann eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie erfolgen; in diesem Fall ist unter Berücksichtigung der erforderlichen Behandlungsleistungen die Behandlung durch dieselben Mitglieder des patientenindividuellen Behandlungsteams anzustreben.“***

## 5 Anlage

### 5.1 Vorbemerkungen

Grundsätzlich ist es aus Sicht der BpTK erforderlich, in der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V spezifische zusätzliche Leistungsmodule zu definieren, um eine angemessene koordinierte Versorgung dieser Patientengruppe zu ermöglichen. Es wird regelhaft nicht ausreichend sein, allein auf bereits in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung bestehende Leistungen zurückzugreifen, um für Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen, die mit dieser Richtlinie verbundenen Versorgungsziele zu erreichen. Der Regelungsvorschlag des GKV-SV zur Definition der Leistungsmodule entsprechend der Anlage bleibt daher systematisch hinter den Erfordernissen an eine ambulante Komplexbehandlung für Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen mit einem erhöhten psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsbedarf zurück.

Es ist zudem aus Sicht der BpTK notwendig, bereits auf Ebene der Richtlinie Vorgaben dazu zu machen, in welchem Umfang bestimmte definierte Leistungsmodule angeboten werden können bzw. sollen. Dies entspricht auch den Regelungen in anderen Richtlinien, beispielsweise in der Psychotherapie-Richtlinie oder der Soziotherapie-Richtlinie, in denen bereits Kontingente für einzelne Leistungen definiert sind.

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen zeichnen sich dadurch aus, dass deren Verläufe während einer zeitlich eng definierten Behandlung nicht einer linearen Abnahme der Symptombelastung von einer anfangs schweren Symptomatik zu einer vollständigen Remission entsprechen. Vielmehr leiden Betroffene oft unter rezidivierenden und chronischen Krankheitsverläufen, die zu unterschiedlich starken Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen führen. Um hier ein Behandlungsangebot zu schaffen, das diesem Umstand gerecht wird, ist es aus Sicht der BPtK unbedingt erforderlich, dass Betroffene langfristig an stabile Netzstrukturen angebunden werden können, die ein flexibles Behandlungsangebot entsprechend des individuellen Krankheitsverlaufs ermöglichen. Dies lässt sich nicht mit über den gesamten Behandlungsverlauf definierten Kontingenten erreichen. Vielmehr sollten Kontingente für einzelne Leistungsmodule grundsätzlich pro Quartal definiert werden. Das würde es insbesondere schwer und chronisch erkrankten Patient\*innen ermöglichen, entsprechend ihren Funktionsbeeinträchtigungen notwendige Leistungen so lange in Anspruch zu nehmen, wie bei Ihnen die Indikation für die ambulante Komplexbehandlung besteht.

Es ist aus Sicht der BPtK zudem erforderlich, dass die Leistungsmodule gerade auch eine intensiv-ambulante psychotherapeutische Versorgung ermöglichen, die über die Kontingentgrenzen der Regelversorgung gemäß Psychotherapie-Richtlinie hinausgehen. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sollte insoweit eine ambulante intensive und multimodale Behandlung ermöglichen, wie sie auch vonseiten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2018 vorgeschlagen wurden (SVR, 2018).

## 5.2 Leistungsmodule

**Die BPtK befürwortet grundsätzlich den Regelungsvorschlag der KBV zur Anlage.**

### **Begründung:**

Der Regelungsvorschlag des GKV-SV greift deutlich zu kurz und ist nicht geeignet, um über die Versorgungskoordination hinaus die erforderliche Verbesserung der Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen im Sinne eines intensiven ambulanten multimodalen Versorgungsangebots zu ermöglichen. Die folgenden Anmerkungen gehen daher vom Regelungsvorschlag der KBV zur Anlage aus.

### 5.2.1 Eingangssprechstunde mit Assessment

Die BPtK unterstützt den Vorschlag der KBV für eine differenzierte Leistung einer Eingangssprechstunde mit einem Assessment unter Hinzuziehung weiterer diagnostischer Befunde von Mitbehandelnden. Aus Sicht der BPtK sind dabei die folgenden Leistungsinhalte als Bestandteile des Leistungsmoduls Eingangssprechstunde mit Assessment zu definieren:

- zeitnahes Erstgespräch nach Überweisung bzw. Empfehlung,
- differenzialdiagnostische Abklärung der psychischen Erkrankungen einschließlich der hierfür erforderlichen anamnestischen Erhebungen,
- Einholung von Befunden und Berichten von ggf. erfolgten Vorbehandlungen,
- Erhebung somatischer Komorbiditäten und Veranlassung der somatischen Abklärung einschließlich der Klärung ggf. erforderlicher Behandlungen komorbider somatischer Erkrankungen,
- Prüfung der Voraussetzungen nach § 2 einschließlich der Anwendung eines Instruments nach § 2 Absatz 3,
- Beratung und Information der Patient\*in über die diagnostizierten Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten,
- Beratung und Information der Patient\*in über die Versorgungsform, auch unter Einbezug von Angehörigen und gesetzlichen Vertreter\*innen,
- kooperatives Assessment durch Einbezug von mindestens einem weiteren Mitglied des voraussichtlichen Behandlungsteams.

Die BPtK schlägt vor, bei der Definition des Leistungsmoduls für die im Rahmen der Eingangssprechstunde und des Assessments erforderlichen Gesprächsleistungen mit der Patient\*in einen Umfang von bis zu 10 Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten vorzusehen.

### 5.2.2 Erstellung oder Anpassung des spezifischen Gesamtbehandlungsplans

Die BPtK befürwortet den Vorschlag der KBV, die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans einschließlich der Integration des Krisenplans und der Beratung dieser Pläne mit der Patient\*in als eigenes Leistungsmodul zu konzipieren. Dies ist auch sachgerecht, da der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans die Durchführung des Eingangsassessments auch unter Einbezug von mindestens einem weiteren Netzwerkmitglied aus dem voraussichtlichen patientenindividuellen Behandlungsteam vorausgehen muss. Auf Basis dieser Informationen ist dann der Gesamtbehandlungsplan zu erstellen, ein individueller Krisenplan mit der Patient\*in zu entwickeln und die Patient\*in sowie bei Bedarf die Angehörigen umfassend zu informieren und aufzuklären.



Die BPtK schlägt vor, das Leistungsmodul „Erstellung oder Anpassung des spezifischen Gesamtbehandlungsplans“ wie folgt zu fassen:

- Auswertung der Differenzialdiagnostik und Bewertung der Krankheitssituation einschließlich der bestehenden Teilhabestörungen,
- Berücksichtigung der erforderlichen psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und weiteren ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, einschließlich ggf. erforderlicher weiterer differenzialdiagnostischer Abklärungen,
- Definition und Abstimmung der Therapieziele mit der Patient\*in und im patientenindividuellen Behandlungsteam,
- Prüfung und ggf. Verordnung der erforderlichen Heilmittel,
- Prüfung des Einbezugs weiterer Berufsgruppen,
- Prüfung des Einbezugs weiterer Leistungen und Hilfen einschließlich Maßnahmen in den Bereichen Arbeit und Wohnen, Selbsthilfegruppen und/oder Genesungsbegleiter\*innen,
- Integration des Krisenplans in den Gesamtbehandlungsplan und Besprechung des Krisenplans mit der Patient\*in.

Die BPtK schlägt vor, dass im Zusammenhang mit der Erstellung und Beratung des Gesamtbehandlungsplans Gesprächsleistungen mit der Patient\*in, auch unter Einbezug von Bezugspersonen, im Umfang von bis zu sechs Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten erbracht werden können.

### 5.2.3 Besondere Gespräche im Einzelsetting im Rahmen der Krankenbehandlung

Die von der KBV definierten Leistungselemente aus dem Bereich „besondere Gespräche im Einzelsetting“ können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, das bisherige ambulante Behandlungsangebot zu intensivieren und so Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen wirksam in Bezug auf Funktionseinschränkungen zu unterstützen.

Indizierte stützende supportive Gesprächsangebote, die einen wesentlichen Beitrag zum Aufbau einer langfristigen tragfähigen Arbeitsbeziehung leisten können, um diese besonders vulnerable Gruppe optimal in Form eines ambulanten Angebots unterstützen zu können, sind aktuell in der fachärztlichen Versorgung nur in geringem Umfang möglich. Vor diesem Hintergrund begrüßt es die BPtK ausdrücklich, dass diese im Rahmen dieser Richtlinie explizit als Leistungsangebot verankert werden sollen.



Auch psychoedukative Gespräche können einen wesentlichen Beitrag zur Krankheitsbewältigung liefern und sind bisher nicht als gesonderte Leistung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung vorgesehen.

Zwischen Arbeit und psychischer Gesundheit besteht ein komplexer enger Zusammenhang, wobei davon auszugehen ist, dass die Teilhabe am Arbeitsleben sich generell günstig auf die psychische Gesundheit auswirkt. Bisher fehlen jedoch Schnittstellen zwischen Leistungen nach SGB V und anderen Sozialgesetzbüchern, die es ermöglichen, die berufliche Teilhabe bei der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung systematisch zu berücksichtigen. Das im Vorschlag der KBV enthaltene Leistungsmodul „Beratungsgespräche zu sozialmedizinischen und psychosozialen Problemlagen“ bietet die Chance, solche Schnittstellenprobleme zu adressieren und damit wesentlich zur psychischen Gesundheit von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen beizutragen, indem beispielsweise Beratungsgespräche zu beruflichen Wiedereingliederungsmöglichkeiten erbracht werden können.

Eine große Versorgungslücke besteht aktuell darin, dass in der vertragsärztlichen Versorgung kaum Leistungen vorgesehen sind, die es ermöglichen, Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen systematisch in deren Behandlung einzubeziehen. Gleichzeitig kann es nicht nur für die psychische Gesundheit der Angehörigen selbst, sondern auch für die Erkrankten von großer Bedeutung sein, diese in den Behandlungsprozess einzubeziehen. Bisher besteht in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung keine Möglichkeit, Angehörigengespräche bei Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen durchzuführen, ohne dass die Erkrankte\* selbst am Gespräch teilnimmt. Die Definition eines entsprechenden separaten Leistungsmoduls, das beispielweise die Vermittlung von Wissen oder Unterstützungsmöglichkeiten der erkrankten Person beinhalten kann, würde einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten.

Bezüglich der Einordnung der Krisengespräche, die unbedingt notwendig sind, um Patient\*innen, die unter einer schweren psychischen Erkrankung leiden, adäquat zu versorgen, stellt sich die Frage, ob diese inhaltlich nicht besser dem Abschnitt „6. Notfall- und Krisenversorgung“ zugeordnet werden sollten. Bei der Ausgestaltung der Krisengespräche ist zu beachten, dass diese sich insbesondere in Abgrenzung zu supportiven Gesprächs- und Kontaktangeboten durch eine geringere Planbarkeit auszeichnen. Bei der weiteren Präzisierung dieser Leistung muss daher sichergestellt werden, dass hierfür Kapazitäten freigehalten werden müssen, um Krisengespräche innerhalb eines sehr kurzen Zeitrahmens (z. B. 24 Stunden) und außerhalb der regulären Sprechzeiten bereitstellen zu können.

Die BpTK schlägt vor, folgende Kontingente pro Quartal für die einzelnen Leistungen zu definieren:

- supportive Gesprächs- und Kontaktangebote: bis zu 200 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 10 Minuten (entspricht ca. 15 Minuten pro Woche),
- psychoedukative Gespräche: bis zu 300 Minuten/Quartal in Einheiten von 25 Minuten (entspricht ca. 50 Minuten alle zwei Wochen),
- Beratungs- und Erörterungsgespräche zu sozialmedizinischen und psychosozialen Problemlagen (z. B. gesetzliche Betreuung, pflegerische Versorgung, berufliche Wiedereingliederung): bis zu 200 Minuten/Quartal in Einheiten von 25 Minuten (entspricht vier 50-minütigen Beratungsgesprächen im Quartal),
- Krisengespräche: in Einheiten von mindestens 10 Minuten (ggf. unter „6. Notfall- und Krisenverordnung“ verortet),
- Angehörigengespräche: bis zu 300 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 10 Minuten (entspricht ca. 50 Minuten alle zwei Wochen).

#### 5.2.4 Besondere Gespräche im Gruppensetting

Die von der KBV definierten Leistungsbestandteile aus dem Bereich „besondere Gespräche im Gruppensetting“ stellen eine relevante Ergänzung der bisherigen ambulanten Versorgung dar, um ein angemessenes komplexes Behandlungsangebot für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu ermöglichen.

Neben individuellen Behandlungselementen können in gruppentherapeutischen Angeboten weitere therapeutische Wirkfaktoren realisiert werden, die sich positiv auf den Genesungsprozess psychischer Erkrankungen auswirken können. Dazu gehört beispielsweise ein Gefühl der Zugehörigkeit zur Gruppe und die Erfahrung, mit Problemen nicht allein zu sein. Auch die Erfahrungen, von anderen akzeptiert und verstanden zu werden, können die Hoffnung vermitteln, dass psychische Probleme bewältigt werden können. Vor diesem Hintergrund begrüßt es die BpTK ausdrücklich, dass im Vorschlag der KBV als Bestandteil der Komplexversorgung auch Leistungsmodul im Gruppensetting vorgesehen sind. Insbesondere supportive, psychoedukative sowie themen- und problemorientierte Gruppenansätze sind im stationären Setting bereits häufig Bestandteil einer psychotherapeutischen Versorgung, die jedoch aufgrund fehlender Definition von Leistungen im ambulanten Setting bisher keine Entsprechung finden. Für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist es dabei bedeutsam, dass diese Behandlungsstunden nicht auf das Behandlungskontingent einer Richtlinienpsychotherapie angerechnet werden. Andernfalls würde das Ziel einer ambulant-intensiven Versorgung von schwer psychisch kranken Patient\*innen mit

komplexem psychotherapeutischen Behandlungsbedarf untergraben werden. Erfahrungen aus einem Projekt zur multiprofessionellen vernetzten Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zeigen zudem, dass insbesondere das Angebot von themen- und indikationsbezogenen Gruppen von Patient\*innen und Leistungserbringer\*innen als positiv beurteilt wird<sup>2</sup>.

Im Hinblick auf die unterschiedlichen Bedarfe von Patient\*innen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen bieten Leistungsmodule im Gruppensetting verschiedene Möglichkeiten, ein erfolgversprechendes komplexes Behandlungsangebot zu schaffen. Dabei sollten aus Sicht der BpTK neben im engeren Sinne psychotherapeutischen Gruppenangeboten, beispielsweise zum Erlernen von Problemlösestrategien, auch Gruppenangebote aus weiteren Behandlungsfeldern, wie beispielsweise Angeboten aus dem Bereich der Bewegungstherapie bei Schmerzerkrankungen, ermöglicht werden.

Psychische Erkrankungen führen auch bei Angehörigen zu erheblichen Belastungen. Angehörigengruppen können auf Angehörigenebene zur Belastungsreduktion sowie auf Ebene der erkrankten Personen zu verbesserten Krankheitsverläufen beitragen. Die BpTK begrüßt daher, dass auch Angehörigengespräche im Gruppensetting vorgesehen sind. Neben Konzepten wie Trialogforen bietet das die Chance, Angehörigengruppen im ambulanten Setting zu realisieren.

Die BpTK schlägt vor, folgende Kontingente pro Quartal für die einzelnen Leistungen zu definieren:

- supportive Gesprächsangebote im Gruppensetting: bis zu 300 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 25 Minuten (entspricht ca. 50 Minuten alle zwei Wochen),
- psychoedukative Gespräche im Gruppensetting: bis zu 650 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 50 Minuten (entspricht ca. 100 Minuten alle zwei Wochen),
- indikationsbezogene Gruppengespräche mit Störungs- oder Themenbezug: bis zu 1.300 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 50 Minuten (entspricht 100 Minuten pro Woche),
- Gruppengespräche mit Angehörigen (z. B. Trialogforen): bis zu 300 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 10 Minuten (entspricht 100 Minuten pro Monat oder ca. 50 Minuten alle zwei Wochen).

---

<sup>2</sup> Vgl. dazu das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“. Informationen abrufbar unter: [https://nppv-nordrhein.de/wp-content/uploads/2020/03/Qualitätsbericht-NPPV-2019\\_V7\\_Final\\_Druck-1.pdf](https://nppv-nordrhein.de/wp-content/uploads/2020/03/Qualitätsbericht-NPPV-2019_V7_Final_Druck-1.pdf).

### 5.2.5 Aufsuchende multiprofessionelle Behandlung

Wie bereits unter § 9 Absatz 7 diskutiert, ist es aus Sicht der BPtK von zentraler Bedeutung, die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung, das heißt eine Behandlung im häuslichen Umfeld der Patient\*innen über die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie hinaus, in die Richtlinie aufzunehmen. Dies entspricht den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“, nach denen eine aufsuchende Behandlung Teil der ambulanten Behandlung durch ein multiprofessionelles Team und über akute Krankheitsphasen hinaus verfügbar sein soll (DGPPN, 2019). Ein Ziel ist es, stationäre Aufnahmen hierdurch zu vermeiden. Aktuell ist eine aufsuchende multiprofessionelle Behandlung im Rahmen der Regelversorgung nur als stationsäquivalente psychiatrische Behandlung gemäß § 115d SGB V verfügbar. Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen der Indikation für eine stationäre Behandlung. Um eine aufsuchende Behandlung im Sinne eines stationsersetzenden Home Treatment, wie es die S3-Leitlinie empfiehlt, zu ermöglichen, muss die aufsuchende Behandlung expliziter Bestandteil der Leistungen dieser Richtlinie sein. Hierfür ist eine Verankerung unter § 9 Absatz 7 sowie die Listung als Leistungsmodul im Anhang der Richtlinie unerlässlich.

### 5.2.6 Notfall- und Krisenversorgung

Die BPtK unterstützt den Vorschlag der KBV für ein eigenes Leistungsmodul zur Notfall- und Krisenversorgung ausdrücklich. Gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien zur ambulanten Versorgung schwer psychisch kranker Menschen“ hängt die Tragfähigkeit einer ambulanten multiprofessionellen Versorgung dieser Patientengruppe wesentlich davon ab, ob sie auch als Krisenintervention 24 Stunden verfügbar ist (DGPPN, 2019; siehe Kapitel 10.2, Seite 125).

#### **Die BPtK schlägt deshalb folgende Präzisierung vor:**

*„(6) Notfall- und Krisenversorgung*

*a. Organisation eines adäquaten Notfall- und Krisenmanagements*

*b. Absprache mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, Krisendiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern*

*c. (Vor-)Besprechung mit dem/der Patient/in*

*d. (Nach-)Besprechung nach einem Notfall- oder Krisengeschehen mit der Patientin oder dem Patienten*

*e. ~~ggf. telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft)~~ **Festlegung, wie eine 24/7-Erreichbarkeit unter Einbeziehung kooperierender Einrichtungen einschließlich der Bereitstellung notwendiger Behandlungsinformationen gewährleistet werden kann,***

*f. Erstellung und Anpassung des Kriseninterventionsplans“*

### 5.2.7 Fallbesprechung

Zentrales Element einer berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung im Netzverbund ist der regelmäßige Austausch im Behandlungsteam und mit allen an der Versorgung Beteiligten. Dies ist notwendig, um die Versorgung der einzelnen Leistungserbringer\*innen aufeinander abzustimmen und ggf. anzupassen, sich über Komorbiditäten der Patient\*innen und Besonderheiten bei der Behandlung auszutauschen, bei Bedarf den Gesamtbehandlungsplan anzupassen bzw. zusätzliche Hilfen zu planen und einzuleiten. Die Fallbesprechung ist somit in ihrer Funktion wesentlicher Anker der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V und Grundvoraussetzung für den Behandlungserfolg einer komplexen und interdisziplinären Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen. Aus diesen Gründen unterstützt die BPtK ausdrücklich die Aufnahme der Fallbesprechung als Leistungsmodul in der Anlage des Richtlinienentwurfs.

Die BPtK schlägt vor, die Durchführung von Fallbesprechungen über folgende Regelungen zu konkretisieren:

- Das Kontingent für Fallbesprechungen beläuft sich auf bis zu 150 Minuten je Quartal in Einheiten von mindestens 25 Minuten.
- Zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie muss eine Fallbesprechung durchgeführt werden, in der das Assessment der Eingangssprechstunde ausgewertet und der von der Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in erstellte vorläufige Gesamtbehandlungsplan besprochen und ggf. ergänzt und angepasst wird. Die erste Fallbesprechung hat zeitnah nach der Eingangssprechstunde zu erfolgen.
- Patientenindividuelle Fallbesprechungen im Behandlungsteam und mit allen an der Versorgung Beteiligten sind mindestens einmal im Quartal durchzuführen.

### 5.2.8 Überleitungsmanagement

Die BPtK unterstützt den Vorschlag der KBV, eine Leistung des Überleitungsmanagements vorzusehen. Hierbei ist auch ein Kurzbericht für die weiterbehandelnden Leistungserbringer\*innen vorzusehen.

### 5.2.9 Re-Assessment nach § 13 Absatz 3

Die BPtK befürwortet den Vorschlag der KBV, das Re-Assessment nach § 13 Absatz 3 als zusätzliches Leistungsmodul in der Anlage vorzusehen. Aus Sicht der BPtK ist in diesem Zusammenhang auch eine systematische Erfassung der Schwere der Symptomatik und der bestehenden Funktionseinschränkungen vorzusehen. Hierbei sind geeignete standardisierte diagnostische Instrumente, einschließlich eines Instruments nach § 2 Absatz 3,

einzusetzen. Ein besonderes Augenmerk sollte bei den Re-Assessments auf die Erfassung der beruflichen und sozialen Teilhabe gelegt werden. Die BPtK schlägt daher für die Leistungsbeschreibung des Re-Assessments nach § 13 Absatz 3 folgende Ergänzungen vor:

- **Systematische Erfassung und Bewertung der Schwere der Symptomatik der vorliegenden psychischen Erkrankungen und der daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen,**
- **Erfassung der beruflichen und sozialen Teilhabe und des fortbestehenden Unterstützungsbedarfs (u. a. in den Bereichen Arbeit, Wohnen),**
- Anwendung eines Instruments nach § 2 Absatz 3,
- **Erfassung der Therapiezielerreichung,**
- Zusammenstellung aller notwendigen Befunde **der mitbehandelnden Netzverbundmitglieder und Kooperationspartner\*innen,**
- Auswertung und Beratung der Ergebnisse mit den mitbehandelnden Netzverbundmitgliedern und Kooperationspartner\*innen,
- ggf. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans,
- **Beratung des Ergebnisses des Re-Assessments mit der Patient\*in.**

#### 5.2.10 Koordination durch die Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in

Die Übernahme der Koordination durch Bezugsärzt\*in/-psychotherapeut\*in muss ein zentrales Leistungselement der Versorgung nach dieser Richtlinie sein. Hierdurch wird sichergestellt, dass patientenindividuell eine komplexe multiprofessionelle Versorgung aufgebaut, über die Zeit aufrechterhalten und in abgestimmter Form durchgeführt werden kann. Daher ist dieses Leistungselement, wie im Vorschlag der KBV vorgesehen, ausreichend zu definieren. Bestandteil der Koordinierungsaufgabe der Bezugsärzt\*in bzw. -psychotherapeut\*in ist auch die stetige motivierende Unterstützung von Patient\*innen und Angehörigen.

#### 5.2.11 Koordination und Management im Netzverbund

Die BPtK begrüßt den Vorschlag für das Leistungsmodul der Koordination und des Managements im Netzverbund als eine übergreifende, nicht unmittelbar patientenbezogene Leistung, die für die beteiligten Netzverbundmitglieder eine wesentliche Unterstützung bei der Umsetzung der Versorgung nach dieser Richtlinie darstellt. Um die hier aufgeführten Leistungen und Aufgaben wirksam übernehmen zu können, ist eine Mindestgröße des Netzverbundes gemäß § 4 unerlässlich.

## 6 Literatur

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.), S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2. Auflage 2019, Springer-Verlag.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019). BIX 2019: Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung. Abrufbar unter: [https://www.kbv.de/media/sp/BIX2019\\_Projektbericht.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/BIX2019_Projektbericht.pdf).

Pedersen G, Karterud S (2012). The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3):292-298. doi:10.1016/j.comppsy.2011.04.007. Epub 2011 May 31. PMID: 21632038.

Pedersen G, Urnes Ø, Hummelen B, Wilberg T, & Kvarstein E (2018). Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale. *European Psychiatry*, 51, 16-19. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.12.028.

Roy-Byrne P, Dagadakis C, Unützer J, Ries R (1996). Evidence for limited validity of the revised global assessment of functioning scale. *Psychiatric Services*, 47(8):864-866. doi:10.1176/ps.47.8.864. PMID: 8837160.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Steuerung in der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Abrufbar unter: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf).





**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstr. 13  
10587 Berlin

per E-Mail an:  
skv@g-ba.de

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im  
Entwurf gezeichnet.

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im  
Entwurf gezeichnet.

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1308

FAX (0228) 997799-5550

E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Frau Virks

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 26.01.2021

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1171

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen  
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF

**Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5a SGB V zur Erstfassung der Richtlinie über die  
berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesonde-  
re für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psy-  
chotherapeutischen Behandlungsbedarf**

Ihr Schreiben vom 15. Dezember 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 15. Dezember 2020. Gerne nehme ich gemäß § 91 Absatz  
5a SGB V zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte  
und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit  
komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf Stellung.

**zu § 7 Abs. 1 Nr. 5:**

Im Entwurf ist vorgesehen, dass [GKV-SV/PatV: eine gemeinsame Dokumentation]  
[KBV/DKG: eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation] [DKG: unter Wahrung  
der datenschutzrechtlichen Bestimmungen] erfolgt.

Ich gehe davon aus, dass mit dieser Regelung insbesondere beabsichtigt ist, sicherzustellen,  
dass alle beteiligten Leistungserbringer auf demselben, aktuellen Stand im Hinblick  
auf die Patientendaten sind und einheitliche Dokumentationsstandards verwendet werden.  
Dies ergibt sich auch aus den in den Tragenden Gründen ausgeführten Begründungen  
aller beteiligten Stellen zu diesem Absatz. Bei der Formulierung „gemeinsame Dokumenta-  
tion“ wird möglicherweise jedoch impliziert, dass es nur eine Dokumentation gibt, auf  
die alle zugreifen können. Ob dieses datenschutzkonform und nach den Vorgaben des Be-





rufsrechts umsetzbar ist, ist zweifelhaft. Um Missverständnissen vorzubeugen, wäre eine Klarstellung im Hinblick auf die Dokumentationsstandards sinnvoll, dieses würde dann auch der übereinstimmenden Intention der beteiligten Stellen entsprechen. Überdies empfehle ich die Ergänzung „unter Wahrung der datenschutzrechtlichen **sowie berufsrechtlichen** Vorgaben“.

#### **zu § 7 Abs. 1 Nr. 6:**

Diesbezüglich empfehle ich folgende Formulierung: „**eine den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes entsprechende** elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes gewährleistet ist...“

#### **zu § 7 Abs. 2:**

Diesbezüglich empfehle ich folgende Ergänzung:

(2) Zur Sicherstellung des Informationsaustausches zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen **und berufsrechtlichen** Bestimmungen zeitnah deren Nutzung durch alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer ermöglicht.

#### **Zu § 8 Abs. 4:**

Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist es unerlässlich, eine Regelung zur Information der Patienten mit aufzunehmen, da ohne diese, eine datenschutzrechtliche Einwilligung zur Teilnahme nicht möglich ist. Eine solche Information muss die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebotes, alle konkret an der Behandlung beteiligten Stellen sowie den Austausch zwischen den Stellen, transparent darstellen. Es ist sicherzustellen, dass entsprechende Einwilligungserklärungen eingeholt werden. Sollten im Laufe der Behandlung noch weitere Leistungserbringer, wie beispielsweise Krankenhäuser dazukommen, sind entsprechende Einwilligungserklärungen im Laufe der Teilnahme an dieser strukturierten Versorgung einzuholen. Dem Patienten sollte darüber hinaus das Recht eingeräumt werden, bestimmte einzelne Leistungserbringer von der Behandlung ausschließen zu können.

Darüber hinaus empfehle ich, den Begriff „Zustimmung“ durch „**Einwilligung**“ zu ersetzen.

**Zu § 9 Abs. 4:**

Die Erforderlichkeit der vorgeschlagene Regelung „Der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund ist der zuständigen Krankenkasse durch den Bezugsarzt anzuzeigen“ ist nicht nachvollziehbar und sollte nicht aufgenommen werden. Den Krankenkassen kommt insoweit keine Beteiligungsrolle an der Behandlung zu. Bei Beratungsbedarf der Versicherten kann der Versicherte entsprechende Information der jeweiligen Krankenkasse selbst mitteilen.

**Zu § 12 Abs. 2:**

Ist diese Regelung so zu verstehen, dass der Patient bereits Kenntnis hat, dass er im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie im Krankenhaus behandelt wird und daher eine Übersendung des Entlassbriefes ohnehin von seiner Einwilligung gedeckt?

Sollte dies nicht der Fall sein, weise ich vorsorglich darauf hin, dass es der Ergänzung „mit Einwilligung des Patienten“ bedarf.

**Zu § 12 Abs. 3:**

Diesbezüglich empfehle ich, den Begriff „Zustimmung“ durch „**Einwilligung**“ zu ersetzen.

**Zu § 12 Abs. 5:**

Auch hier muss sichergestellt sein, dass der Patient hinsichtlich der Übermittlung der Patientendaten an das Krankenhaus informiert ist.

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an mich wenden.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Virks

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

<b>Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP)</b>				
<b>30.12.2020</b>				
§4 Beschluss- entwurf	(5) 9. Seite 12	GKV- SV, KBV, DKG	Bitte beziehen Sie Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und/oder einer Zusatzweiter- bildung (Psychotherapie, spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin) als Berufsgruppe bei der Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr ein.	Patienten mit seltenen und komplexen neurologischen Erkrankungen sowie mit Mehrfachbehinderungen werden häufig bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres in der Neuropädiatrie behandelt. Der größte Teil dieser Patienten hat eine schwere geistige Behinderung, häufig mit behandlungsbedürftigen Erregungs- und Unruhezuständen auf dem Boden einer Depression, von Ängsten, einer Autismus-Spektrum-Störung oder einer „neuroirritabilität“ infolge schwerer strukturellen Hirnläsionen. Diese Patienten werden stationär, ambulant und in Heimen zum allergrößten Teil von Kinderärzten mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie und/oder Psychotherapie behandelt. Das ist sinnvoll weil die psychischen Symptome (Erregung, Unruhe) meist eng mit somatischen Symptomen (u. a. Schlafstörung, Schmerzen, Spastik, Anfälle, Medikamenten-nebenwirkungen) sowie der neurologischen Grunderkrankung (Angst / Depression durch Verlust erworbener Fähigkeiten) verbunden sind und gemeinsam behandelt werden müssen. Für diese Patientengruppe gibt es bislang kaum andere Versorgungsstrukturen. Darüber hinaus werden Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen (u. a. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, somatoforme und dissoziative Störungen) z. T. bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres in psychosomatischen Abteilungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit multimodalen Komplextherapien behandelt (u. a.. Datteln, Göttingen, Ravensburg, Stuttgart). Das betrifft Patienten mit Entwicklungsstörungen oder – verzögerungen infolge einer chronischen somatischen Erkrankung, die ein spezielles Setting benötigen. Die Wirksamkeit dieser psychosomatischen Komplextherapien in der Kinderklinik ist wissenschaftlich sehr gut belegt (siehe z. B. Schmerztherapie). Die Therapien werden von den Familien sehr gut angenommen und ermöglichen einen zeitnahen Behandlungsbeginn, der für die Prognose entscheidend ist. Eine zeitnahe Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. der Erwachsenenpsychiatrie ist aufgrund der somatischen Symptome
§8 Beschluss- entwurf	(2) 6. Seite 24			
Absatz 5 Tragende Gründe	Seite 36	KBV / DKG		
Anlage 2 §4 Tragende Gründe				

				und/oder der zur Verfügung stehenden Aufnahmekapazität häufig nicht möglich. Aus diesem Grund bitte ich im Namen der GNP Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung (Psychotherapie, spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin) als Berufsgruppe bei der Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr mit einzubeziehen.
--	--	--	--	--

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

Prof. Dr. Markus Blankenburg  
 Ärztlicher Direktor Pädiatrie 1  
 Pädiatrische Neurologie, Psychosomatik und Schmerztherapie  
 Kinderschmerzzentrum Baden-Württemberg  
 Zentrum für Kinder-, Jugend- und Frauenmedizin  
 Klinikum Stuttgart – Olgahospital  
 Kriegsbergstr. 62, D-70174 Stuttgart  
 Email: m.blankenburg@klinikum-stuttgart.de  
 ☎: 0711-27872408, Fax.: 0711-27872407

[www: klinikum-stuttgart.de](http://www.klinikum-stuttgart.de)



Verband der  
Krankenhausdirektoren  
Deutschlands e.V.  
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen

Holger Höhmann  
Fachgruppenvorsitzender

LVR-Klinik Langenfeld · Kölner Straße 82 · 40764 Langenfeld

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Telefon 02173-1025000  
Telefax 02173-1025009  
E-Mail holger.hoehmann@lvr.de  
Internet www.vkd-online.de

Unser Zeichen HH/MDO  
Datum 2021/01/20

**Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Anbei übersenden wir Ihnen die Stellungnahme des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Bitte richten Sie Rückfragen und Einladungen direkt an Herrn Höhmann.

Mit freundlichen Grüßen

Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA  
Vorsitzender Fachgruppe Psychiatrie

Dr. Jens-Uwe Schreck  
Geschäftsführer

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

<b>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen</b>				
<b>15. Januar 2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				
1 Zweck und Versorgungsziele		VKD	1. Die Verkürzung oder Vermeidung eines stationären Aufenthaltes darf kein Selbstzweck sein, sondern muss dem wohlverstandenen Interesse und der Gesundheit der Patient*innen dienen. Dabei befürworten wir die Einbindung in ein Gesamtversorgungskonzept. Innerhalb dieses Gesamtversorgungskonzeptes muss die Vermeidung eines stationären Aufenthaltes der Bewertung und Einbindung dienen, welche auf integrative Versorgungsformen abzielt.	Bereits an dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass die Wirksamkeit zu evaluieren ist. Wird das Ganze als Maßnahme zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von psychisch Kranken verstanden, so wird es wesentlich darauf ankommen, in welchem Rahmen die Partner dies bei der Versorgung realisieren können. Wichtig finden wir zum Beispiel die Forderung, dass die Angebote in dieser Organisationsform leicht erreichbar und wohnortnah angesiedelt sind.
1 Zweck und Versorgungsziele		VKD	2. Hier wird die Aussage getroffen, dass die neue Versorgung „besser (ist) als bestehende Versorgungsformen“. Dieser Formulierung können wir zustimmen, weisen jedoch schon	Die geforderte Leistung kann zweifelsfrei auch durch andere auch durch andere akademisch qualifizierte Therapeut*innen und nicht nur Ärzt*innen oder

			<p>darauf hin und legen besonderen Wert darauf, dass die Funktion der psychiatrischen Institutsambulanz erhalten bleibt und ihre etablierte und sicherlich außer Frage stehende Wirksamkeit nicht benachteiligt wird. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen von ihrer Systematik und vom Grunde her nicht zur Disposition gestellt wird. Eine Vergütung nach EBM ist nicht sachgerecht ist</p>	<p>Bezugstherapeut*innen geleistet werden. Es ist sicherlich ein zwingender Weg auch andere Ausbildungsgänge hier zu berücksichtigen, da der Mangel an Personal allgemein bekannt ist.</p>
1 Zweck und Versorgungsziele		VKD	<p>3. Die neue Versorgungsform muss ihren Mehrwert erst in der Praxis beweisen. Etablierte, funktionierende Systeme dürfen nicht benachteiligt oder umgangen werden.</p>	<p>Erst im Rahmen der Evaluation (§14) kann überprüft werden, welche Versorgungsform für die schwerbetroffenen Patienten am vorteilhaftesten ist.</p>
1 Zweck und Versorgungsziele		VKD	<p>4. Wir sind der Meinung, dass das bewährte PIA System den Vergleich sehr gut aushalten kann. Ist es doch inzwischen hocheffektiv und deutlich weniger bürokratisch ausgestaltet. Diese Sachverhalte sollten zwingend Gegenstand der Evaluation nach §14 sein.</p>	<p>Es ist für die beteiligten Kliniken und deren Bestandteile (z.B. PIAs) unabdingbar, dass eine geordnete Betriebsführung durch hier entsprechende Handlungsfreiheit gewährleistet wird.</p>
2 Definition der Patientengruppe		VKD	<p>1. Wir plädieren dafür, dass die Bezüge von F00 bis F99 des ICD 10 GM für diese Versorgungsform offengehalten wird. Eine</p>	



			einengende Beschreibung darf nicht stattfinden.	
2 <i>Definition der Patientengruppe</i>		VKD	2. Wir sehen Versorgungsformen primär für Patient*innen nach dem 18. Lebensjahr.	
2 <i>Definition der Patientengruppe</i>		VKD	3. Es muss grundsätzlich sichergestellt werden, dass der Zugang zu den Systemen gewährleistet ist.	Aus unserer Sicht folgt daraus, dass prinzipiell alle psychisch Kranken Zugang haben und die Schwere der Erkrankung erst bei Eingang ins System gemessen wird.
2 <i>Definition der Patientengruppe</i>		VKD	4. Die anderen gemachten Vorschläge führen dazu, dass trotz vorliegender Schwere der Erkrankung nur bestimmte Krankheitsbilder (Diagnosegruppen) Zugang zur SKV erhalten würden.	Damit würde der Sinn des Gesetzes aus unserer Sicht umgangen.
2 <i>Definition der Patientengruppe</i>		VKD	5. Es wird von Seiten der GKV und den Patientenvertretern der Einbezug aller Patienten mit einem GAF unter 50 gefordert.	Nach Praxiserkenntnissen sind das fast alle PIA Patienten. Wiederum am Praxisbeispiel dargestellt sind das 85% des derzeitigen PIA Klientel. Das bedeutet, dass nur 15% der derzeitigen PIA Patienten mit GAF Werten über 50 nicht in den geplanten Leistungsbereich der berufsgruppenübergreifenden koordinierten strukturierten Versorgung fallen.

<p>2 <i>Definition der Patientengruppe</i></p>		<p>VKD</p>	<p>6. Die beabsichtigte Verknüpfung der vorstehenden Bestimmungen mit einer Vergütung nach EBM und anderen Zulassungsvoraussetzungen durch die KV würde das System der PIAs in akute Gefahr bringen.</p>	<p>Auch die Bedarfsfeststellung durch die KV ist schon heute ausgesprochen schwierig.</p>
<p>3 <i>Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer</i></p>		<p>VKD</p>	<p>1. Wir weisen nachdrücklich darauf hin, dass wir gesicherte Erkenntnisse darüber haben, dass diese vielen Expert*innen nicht bald verfügbar sein werden.</p>	
<p>3 <i>Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer</i></p>		<p>VKD</p>	<p>2. Wir plädieren nachdrücklich dafür, diese Aufgabe auch für die akademisch ausgebildete Pflege zu öffnen und zu ermöglichen. Wir schlagen eine Öffnung in diesem Bereich vor, um nicht den Eindruck zu erzeugen, dass durch die hohen Anforderungen Leistungen nicht erbracht werden oder es zu Fehlallokationen kommt.</p>	
<p>3 <i>Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer</i></p>		<p>VKD</p>	<p>3. Wir wenden uns explizit gegen den Vorschlag des GKV-SV. Dieser regelt detailliert Mindestvoraussetzungen für die PIAs. Dies ist aus unserer Sicht ein Angriff des KV Bereiches auf die Funktion des segensreichen Wirkens der PIAs. Die Krankenhäuser als Träger der psychiatrischen Institutsambulanzen würden bei</p>	<p>Da die PIAs darüber hinaus keine eigene Rechtspersönlichkeit haben, erscheint dies unmöglich. Auf gesellschafts- und haftungsrechtliche Probleme, insb. in Bezug auf das wirtschaftliche Risiko, möchten wir nur ergänzend hinweisen.</p>

			einer Beteiligung an dem Modell die Hoheit über die PIAs verlieren.	
3 <i>Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer</i>		VKD	4. Wird hingegen nur das Krankenhaus als Netzwerkpartner benannt, kann das Krankenhaus als Ganzes dafür sorgen, dass die insgesamt geltenden Mindestanforderungen erfüllt werden.	
3 <i>Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer</i>		VKD	5. Zu beachten ist, dass es für die Institutsambulanzen von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern nach §18 (2) und PSiAs (3) bereits auf Bundesebene eine erhebliche Regulierung durch die Vereinbarungsteilnehmer KBV, DKG und GKV-SV gibt.	Würde die jetzt geplante gesetzliche Änderung in Verbindung mit der geplanten Richtlinie so regeln, dann ist dies das Einfallstor zur Zulassungsregulierung der PIAs mit dem Ziel der Schwächung und der Vergütung nach EBM. Dies wird von uns nachdrücklich abgelehnt.
3 <i>Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer</i>		VKD	6. Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass auch die Erkrankungen aus dem Bereich der Demenz sowie die Abhängigkeitserkrankungen in dieses System einbezogen werden müssen.	Es ist weder begründbar noch nachvollziehbar, warum bestimmte psychische Erkrankungen ausgegrenzt werden.
4 <i>Zusammensetzung des Netzwerkverbundes</i>		VKD	1. Wir halten die Normierung auf eine bestimmte Größe und Menge für ungeeignet. Das in dem Entwurf dieser Richtlinie beschriebene Konstrukt ist von so hoher Komplexität, dass nach unserer	Die Strukturen sind aus unserer Sicht deutlich zu straffen. Verantwortlichkeiten sind klar zu benennen und zu konzentrieren.

			Auffassung eine Verantwortungsdiffusion die Folge sein wird.	
4 <i>Zusammensetzung des Netzwerkverbundes</i>		VKD	2. Mindestvoraussetzungen für den Netzwerkverbund dürfen nach unserer Auffassung nicht, wie im Entwurf vorgesehen, festgeschrieben werden. Die teilweise völlig illusionären Zahlen (KBV 15 Fachärzte*innen) werden ein Grund dafür sein, dass diese Netzverbände nicht arbeiten können, weil das Personal schlichtweg nicht zur Verfügung steht.	
4 <i>Zusammensetzung des Netzwerkverbundes</i>		VKD	3. Die Festschreibung ähnelt den von uns nicht akzeptierten Bedingungen in der PPP-RL und wird die genannte Zielsetzung verfehlen. Es bedarf deutlich einfacherer überschaubarerer Regelungen und die Verantwortlichkeiten müssen bei den Betreibern des Netzwerkverbundes liegen, die wiederum (vergleiche was bereits an anderer Stelle gesagt ist) eine eindeutige Führung haben müssen.	Auch diese Richtlinie ist Bestandteil einer Regulierung. Die Verwechslung von Strukturqualität mit Ergebnisqualität führt auch hier dazu, dass aus dem Auftrag eine Qualitätsrichtlinie zu entwerfen, ein Personalsteuerungsinstrument kreiert wird.
4 <i>Zusammensetzung des Netzwerkverbundes</i>		VKD	4. Die differenzierte Aufzählung der Voraussetzungen für die Netzwerkpartner sind kritisch zu prüfen und deutlich niederschwelliger zu beschreiben.	

4 Zusammensetzung des Netzwerkverbundes		VKD	5. Mit der vorgesehenen Normierung soll offenbar auch die personelle Mindestvoraussetzung für die PIA detailliert geregelt werden. Dies lehnen ab.	
4 Zusammensetzung des Netzwerkverbundes		VKD	6. Insgesamt ist die hier dargestellte Bildung eines Netzwerkverbundes mit so erheblichen Restriktionen nicht praktikabel.	Die leitliniengerechte Behandlung, die auch hier umgesetzt werden muss, ist unter Berücksichtigung der Restriktionen nicht darstellbar.
4 Zusammensetzung des Netzwerkverbundes		VKD	7. Die Einschränkung im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durch die Bedingungen, dass medizinische Rehabilitation vorgehalten wird, ist eine Qualifikationshürde die bei Weitem nicht alle psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen leisten können.	Vergleiche Begründung zu Nr. 3 im §4
4 Zusammensetzung des Netzwerkverbundes		VKD	8. Die vorgesehene Genehmigung der Netzwerkverbände bei Vorliegen der Voraussetzungen durch die KBV ist weder sachgerecht noch sinnvoll. Deshalb lehnen wir sie ab.	
5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt		VKD	1. Auch in dieser Konstruktion kann nur der Bezugsarzt die Koordination übernehmen. Eine hier bereits vorgenommene Trennung zeichnet den Weg in den EBM auf, weil hier die Delegation der Koordinationsaufgaben an nichtärztliches Personal dies vorgibt.	Die extrem kleinteilige Festlegung der Aufgabenzuweisung ist in der Praxis nicht leistbar. Eine kalte Überführung der PIAs in andere Vergütungssysteme ist derzeit rechtswidrig.

<p>5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt</p>		<p>VKD</p>	<p>2. Unbedingt zu klären ist die Formulierung „Differenzialdiagnostik vor Erstellung des Behandlungsplanes“. Unklar bleibt auch, warum der Arzt in der Eingangssprechstunde der zukünftige Bezugstherapeut sein muss. Dies geht an den Wirklichkeiten der personellen Möglichkeiten und der Organisation der Versorgung völlig vorbei.</p>	<p>Vergleich Anmerkungen zur Akquisitionsmöglichkeit von qualifiziertem Fachpersonal.</p>
<p>5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt</p>		<p>VKD</p>	<p>3. In diesem Paragraphen sind viele Feststellungen enthalten, die Selbstverständlichkeiten regeln. Die Festlegung der Beteiligten an einem Team und die Definition dessen ist unsinnig und wird deshalb abgelehnt.</p>	<p>Vergleiche Begründung zu Nr. 2 im §5</p>
<p>6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten</p>		<p>VKD</p>	<p>1. Wir vertreten die Auffassung, dass die Koordination nötigenfalls auch ohne ärztliche Kapazität möglich sein muss. Die geforderte Zusatzqualifikation für nichtärztliches Personal wird die personellen Möglichkeiten weiter einschränken und lässt zum Beispiel nicht zu, dass in einer solchen Konstruktion die Berufserfahrung erworben wird.</p>	<p>Die Hürden, die hier durch die geforderten Qualifikationen aufgebaut werden, können nur mit Schwierigkeiten überwunden werden. Insofern wird dadurch die Personalakquise erschwert bis unmöglich gemacht.</p>
<p>6</p>		<p>VKD</p>	<p>2. Die Begrenzung auf 20 Stunden pro Woche und mindestens 40</p>	

Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten			Patient*innen pro Woche ist unrealistisch.	
7 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes		VKD	1. Auch hier werden wieder wie in §5 Selbstverständlichkeiten geregelt. Dies 7-Tage Frist erscheint aus unserer Sicht nicht regelhaft erreichbar.	
7 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes		VKD	2. Bei der Erreichbarkeit weichen die Vorstellungen der Beteiligten bei G-BA weit voneinander ab. Wir erlauben uns den Hinweis, dass schon heute Krisenintervention, etc. durch die 24/7 Verfügbarkeit von fachärztlicher Kapazität der Fachkliniken und Fachabteilungen gewährleistet ist.	
			Abschließende Wertung: Die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen VKD begrüßt grundsätzlich, dass die Versorgung schwerpsychisch erkrankter Menschen verbessert werden soll. Das vorgeschlagene Modell ist jedoch nicht in der Praxis erprobt und liegt nur als theoretisches Modell mit willkürlich festgelegten, realitätsfernen	

			<p>Anhaltzahlen vor. Ein internationaler Vergleich verschiedener Modelle und die klare Ausrichtung an Effektivitätskriterien fehlt. Daher kann die vorgelegte Richtlinie nur Projektcharakter haben.</p> <p>Die Einführung der SKV darf daher nicht zu Lasten etablierter Versorgungsformen gehen, sondern muss bis zu einer Evaluation als ergänzendes Modell gelten.</p> <p>Wir sehen die Gefahr, dass nur ohnehin bereits gut versorgte Regionen (die folglich am ehesten über das notwendige Personal zur Erfüllung der Hürden verfügen) sich an der Versorgungsform beteiligen können. Regionen, die aktuell bereits weniger gut versorgt sind, werden sich weniger intensiv an der neuen Form beteiligen können, weil sie ohnehin schon wenig geeignetes Fachpersonal haben. Damit stellt sich für uns die Frage, ob mit der neuen Versorgungsform tatsächlich eine Verbesserung bewirkt werden kann?</p> <p>Wir begegnen hier dem von uns auch an anderer Stelle beklagten Bürokratiemonster. Die Erfüllung der Richtlinie setzt einen hohen bürokratischen Aufwand voraus. Arbeitszeit der Mitarbeiter*innen wird gebunden und folglich wird eine ohnehin schon knappe Ressource (Arbeitszeit) durch administrativen</p>	
--	--	--	--	--



			<p>Aufwand zur Steuerung und Abstimmung im Netzwerk verknüpft zu Lasten der tatsächlichen Versorgung von Patienten*innen.</p> <p>Der Anspruch des Mehrwertes der SKV („besser als bestehende Versorgungsformen“) muss umfassend detailliert evaluiert werden. Die Versorgung der übrigen Patienten*innen bedarf besonderer Berücksichtigung um sicherzustellen, dass auch weniger schwer betroffene Patienten*innen noch bestmöglich versorgt werden können. Abschließend muss eine Kosten-Nutzen-Analyse insbesondere im Vergleich zu anderen etablierten Systemen angeschlossen werden.</p>	
--	--	--	---	--

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>

**Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.**  
**– Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen**

Wir nehmen nicht teil. Auch bei zeitlichen Änderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.

Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.



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

## Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

21.01.2021

### Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 12.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 365.000 Arbeitsplätze und circa 27.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 29 Milliarden Euro. Mit rund 6.200 Pflegediensten, die circa 280.000 Patienten betreuen, und 5.800 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 350.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung:

### Grundsätzliches

Vor dem Hintergrund der langen Wartezeiten für Betroffene auf eine psychiatrische Versorgung, der fehlenden Verzahnung entsprechender stationärer mit ambulanten Versorgungsangebote und der Notwendigkeit, Menschen mit psychischen Erkrankungen mit einem gestuften, berufsgruppenübergreifenden, wohnortnahen, bedarfsgerechten, personenzentriertem, sektoren- und Setting übergreifendem Versorgungsmodell zu unterstützen, begrüßt der bpa, dass hierzu eine eigenständige Richtlinie verabschiedet wird.

Der bpa unterstützt auch den vorgesehenen Aufbau wohnortnaher Netzstrukturen. Im Sinne der Zielsetzung sollte jedoch die Einbeziehung ambulanter Pflegedienste mit psychiatrischer Fachkrankenpflege dabei stärker berücksichtigt werden. Nach Einschätzung des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. würde die Anzahl der Solo-Selbstständigen durch die - seitens der KBV und DKG vorgesehenen - Regelungen des Richtlinienentwurfs zunehmen, da diese im Verbund berücksichtigt / tätig werden könnten. Vielmehr können jedoch die ambulanten Pflegedienste - mit ihren psychiatrischen Fachkräften - die Netzwerkkoordination übernehmen, da sie zum einen i.d.R. besser qualifiziert sind, als die MFA, die bei den Ärzten tätig sind und zum anderen auch über mehr berufspraktische Erfahrung im Umgang mit den betreffenden Patienten verfügen.

§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
§ 2	Abs. 1	KBV, DKG, PatV	<b>Patientengruppe</b>  Durch den § 2, Abs. 1 sollen nach Auffassung des GKV-SV weitere Voraussetzungen zur Einbeziehung in die Versorgungsform sowie zur „hinreichenden“ Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit geschaffen und spezifiziert werden, was unter einer schweren	Der Versuch des GKV-SV, eine schwere psychische Erkrankung von möglicherweise anderen Erkrankungsformen zu unterscheiden, ist nach Auffassung des bpa wenig überzeugend. Es ist zielführender, dies dem Expertenwissen und der individuell erfolgenden Diagnostik des behandelnden Arztes zu überlassen.

			<p>psychischen Erkrankung zu verstehen ist. KBV, DKG und PatV schlagen keine weiteren Präzisierungen vor.</p> <p>Die Bestimmung „hinreichend“ für eine Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit im Sinne des GKV-SV stellt nach Auffassung des bpa keine weitergehende Präzisierung oder Objektivierung dar. Das individuelle Krankheitsgeschehen ist i.d.R. derart differenziert, dass eine für den Einzelfall stringent erfolgende Anamnese des behandelnden Arztes zielführender ist als der Versuch, mit pauschalisierten Vorgaben im Zusammenhang mit unbestimmten Rechtsbegriffen vorgeblich mehr Klarheit herstellen zu wollen.</p> <p><b>Der Vorschlag von KBV, DKG und PatV wird unterstützt.</b></p>	
§ 2	Abs. 2	KBV, DKG und PatV	<p><b>Diagnosen</b></p> <p>Der GKV-SV schlägt vor, einzelne Diagnosen als Voraussetzung zur Einbeziehung von Patienten zu bestimmen. KBV, DKG und PatV möchten die Leistung dagegen nicht an einzelne Diagnosen koppeln.</p> <p><b>Der Vorschlag von KBV, DKG und PatV wird unterstützt.</b></p>	Die von der KBV, DKG und PatV vorgetragenen Argumentationen sind schlüssig und werden unterstützt. Der Differenziertheit des Auftretens schwerer psychischer Erkrankungen muss Rechnung getragen werden und ein Ausschluss von Patienten, die die Leistung benötigen, vermieden werden.
§ 3	Abs. 4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	<p><b>Leistungserbringer</b></p> <p>GKV-SV und PatV schlagen vor, Leistungserbringer einzubeziehen, die eine entsprechende Vereinbarung nach § 132 a SGB V abgeschlossen haben. KBV und DKG sehen stattdessen die Einbeziehung von „Pflegefachpersonen, die häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie und mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung“, vor.</p>	Es bleibt fraglich, auf welcher vertragsrechtlichen Grundlage die von KBV und DKG vorgeschlagenen Pflegefachpersonen als Einzelpersonen - mit entsprechender Qualifikation - agieren sollten. Das SGB V sieht diesen Leistungserbringertypus nicht vor, sondern leistungserbringungsrechtlich sind diese Arbeitnehmer der Leistungserbringer nach § 132a SGB V.

			<p><b>Der Vorschlag von GKV-SV und PatV wird unterstützt.</b></p>	<p>Bindend sind dagegen die Vorgaben des § 5 der Bundesrahmenempfehlungen nach § 132 a Abs. 1 SGB V, die die Vorgaben für Leistungserbringer, welche Leistungen der psychiatrischen Fachkrankenpflege erbringen, festlegen. Entsprechend der Bundesrahmenempfehlungen sind dies zugelassene Pflegedienste, die zum Zwecke der qualitätsgesicherten Leistungserbringung bestimmte Voraussetzungen (entsprechende Qualifikationen der eingesetzten Pflegefach- und Leitungskräfte) erfüllen müssen. Die Vorgaben der Bundesrahmenempfehlungen sind in den Verträgen nach § 132 a Abs, 4 SGB V umzusetzen und für die Leistungserbringung maßgeblich.</p> <p><b>Eine Einbindung von nicht qualitätsgesichert agierenden und nicht auf Grundlage von Regelungen des SGB V vertraglich gebundenen Privatpersonen ist rechtlich ausgeschlossen, nicht begründet und wird abgelehnt.</b></p>
§ 4	Abs. 3 / 4	PatV (Abs. 4)	<p><b>Netzverbände</b></p> <p>Vorgeschlagen wird die Bildung von Netzverbänden der in § 3, Abs. 4 und 5 vorgesehenen Leistungserbringer.</p> <p><b>Änderungsvorschlag: Einbezogen werden zugelassene Pflegedienste, die die Voraussetzungen / Vorgaben des § 5 der Bundesrahmenempfehlungen nach § 132 a Abs 1 SGB V erfüllen.</b></p> <p><b>Die Vorschläge der PatV in Abs. 4 werden unterstützt.</b></p>	<p>Der bpa unterstützt die Bildung von Netzverbänden, mahnt jedoch an, dass im Sinne der Zielsetzung einer gestuften, berufsgruppenübergreifenden, wohnortnahen, bedarfsgerechten, personenzentrierten sektoren- und Setting übergreifenden Versorgung zwingend auch zugelassene Pflegedienste einzubeziehen sind, die die Voraussetzungen des § 5 der Bundesrahmenempfehlungen gemäß § 132a Abs 1 SGB V erfüllen. Nur durch die Einbindung der fachpsychiatrischen Pflegedienste kann das Leistungsangebot – im Bedarfsfall auch mit niedrighschwelligigen Leistungen – geschaffen und flächendeckend in Ergänzung zur</p>

				Psychotherapie angeboten werden. Lange Wartezeiten, wie sie derzeit üblich sind, sollen vermieden und eine Verzögerung der Leistungsanspruchnahme verhindert werden.
§ 4	Abs. 5	GKV-SV, KBV und DKG (mit Ausnahme zu Pos. 2 und Pos. 8)	<p><b>Zusammensetzung des Netzverbands</b></p> <p>Beabsichtigte Neuregelung Vorgeschlagen wird die Bildung von Netzverbänden der in § 3 Abs. 4 und 5 vorgesehenen Leistungserbringer.</p> <p><b>Die Vorschläge von GKV-SV, KBV und DKG werden unterstützt. Ausgenommen Pos. 2. zu den vorgeschlagenen Pflegefachpersonen als Privatpersonen sowie die in Pos. 8. benannten Wohneinrichtungen. Bei diesen beiden Positionen handelt es sich um keine definierten Leistungserbringer nach dem SGB V und daher ist deren institutionelle Beteiligung, wie oben dargelegt, auch rechtlich ausgeschlossen.</b></p>	<p>Vgl. Ausführungen zu § 4 Abs. 3 / 4.</p> <p>Ergänzend zu den obigen Ausführungen: Was unter ambulant betreuten Wohneinrichtungen für Demenzkranke zu verstehen ist, ist unklar, hierzu gibt es keine eigenständigen Versorgungsverträge.</p>
§ 6	Abs. 1		<p><b>Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten</b></p> <p>Vorgeschlagen werden bestimmte Berufsgruppen, die die Koordination der Versorgung vornehmen sollen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b></p> <p><b>Neufassung</b> „Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten übernimmt ein durch die Netzwerkpartner bestimmter Leistungserbringer durch hierfür geeignete Beschäftigte.“</p>	<p>Der bpa bezweifelt die Notwendigkeit, eine Differenzierung bei den geeigneten Berufsgruppen vorzunehmen und verweist darauf, dass es sich regelhaft um Beschäftigte der Leistungserbringer handelt, die nicht als frei verfügbare Personen agieren, sondern in einem Arbeitsverhältnis mit dem benannten Leistungserbringer stehen. Eine Verfügungsbefugnis anderer über diese Personen scheidet insofern aus.</p> <p>Sofern die Einbindung Selbständiger erfolgen soll, wären - neben der Frage der qualitätsgesicherten Leistungserbringung und ihrer Überprüfung - eine Vielzahl sozialrechtlicher und steuerrechtlicher Fragen zu klären.</p>

§ 6	Abs. 2		<p><b>Berufsgruppen</b></p> <p>Vorgeschlagen werden verschiedene geeignete Berufsgruppen für die Koordination.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> <b>Keiner</b></p>	<p>Der bpa unterstützt die Einbeziehung der genannten Berufsgruppen und die Vorgabe einer mind. zweijährigen Berufserfahrung.</p>
§ 6	Abs. 3		<p><b>Weitere Vorgaben für die koordinierenden Beschäftigten</b></p> <p>Vorgegeben werden soll nach Vorschlag des GKV-SV ein Beschäftigungsumfang von 20 Wochenstunden für die koordinierende Person.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> <b>Der Vorschlag des GKV-SV wird abgelehnt.</b></p>	<p>Statische Vorgaben zum Beschäftigungsumfang sollten nach Auffassung des bpa vermieden werden, da die Tätigkeit unterschiedlich beschaffen sein kann und vor dem Hintergrund der jeweiligen Auslastung und Bedarfslage zu erbringen ist. Bei der Refinanzierung ist der jeweilige Beschäftigungsumfang für die koordinierende Leistung entsprechend zu berücksichtigen.</p>
§ 7	Abs. 4	KBV, PatV	<p><b>Netzverbandsbeauftragte/r</b></p> <p>Von KBV und PatV wird die Möglichkeit der Netzkoordination durch eine oder einen Netzverbandsbeauftragte/n vorgeschlagen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag</b> <b>Unterstützung des Vorschlags der KBV und PatV.</b></p>	<p>Der bpa unterstützt den Vorschlag der KBV und PatV. Es bedarf eines entsprechenden Engagements, um die (umfassende) Versorgung weiterzuentwickeln und zu verbessern.</p>
§ 8	Abs. 2	KBV	<p><b>Zugang zur Versorgung</b></p> <p>Es werden:</p> <p><b>a) alle zugelassenen Vertragsärzte</b> b) einzeln aufgeführte Arztgruppen</p>	<p>Durch die Vorschläge wird deutlich, dass sich verschiedene Vorstellungen gegenüberstehen. Einerseits soll niedrigschwellig - im Sinne der Zielsetzung des Versorgungsmodell - gehandelt werden (KBV), andererseits soll binnen drei Tagen die Differentialdiagnostik nach Abs. 5 erfolgen. Aufgrund der (Über-)Belastung des</p>



			<p>für den Zugang zur Versorgung vorgeschlagen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>  <b>Die Position der KBV wird unterstützt.</b></p>	<p>Versorgungssystem kann letzteres nicht erfolgen, wenn andere, als die, die den Zugang eröffnen, die Leistung erbringen. Sollte die Hürde der Differentialdiagnostik beibehalten werden (Abs. 5) bliebe nur die Möglichkeit einer Beschränkung auf die vom GKV-SV und der DKG vorgeschlagenen Arztgruppen. Hierdurch wird jedoch keine verbesserte Versorgung erreicht.</p> <p>Im Sinne der Zielausrichtung kann aus Sicht des bpa nur dem Vorschlag der KBV gefolgt werden.</p>
§ 8	Abs. 5	DKG, KBV, PatV	<p><b>Weitere Zugangsvoraussetzungen</b></p> <p>Entsprechend der zu Abs. 2 erfolgten Darstellung scheint es zwei Vorstellungen zu geben: entweder eine zusätzliche differentialdiagnostische Abklärung binnen drei Tagen vorauszusetzen (GKV-SV) oder eine Eingangssprechstunde binnen sieben Tagen (DKG/KBV/PatV) vorzusehen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>  <b>Unterstützung des Vorschlags von DKG, KBV und PatV.</b></p>	<p>Entsprechend der Darlegung zu Absatz 2 unterstützt der bpa den Vorschlag von DKG/KBV und PatV.</p>
§ 9	Abs. 1	KBV, DKG, PatV	<p><b>Diagnostik und Behandlung</b></p> <p>Vorgeschlagen werden weitere Präzisierungen zur Diagnostik - entsprechend der in § 8 Abs. 2 präferierten Vorgehensweisen.</p> <p><b>Änderungsvorschlag:</b>  Der bpa unterstützt den Vorschlag von KBV/DKG und PatV.</p>	<p>Siehe Ausführungen oben.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

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

<b>Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)</b>				
<b>23.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2.1	GKV-SV/DKG	Zustimmung zu „bundesweit“	Eine länderübergreifende Versorgung kann insbesondere in landesgrenznahen Bereichen sinnvoll sein.
1	2.1	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zur Ausführung: „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. Psychosomatisch erkrankten Menschen mit zusätzlichem psychiatrischem Behandlungsbedarf soll der Zugang zu Leistungen der Richtlinie nicht verwehrt werden.
1	2.3	KBV/DKG/GKV-SV	Zustimmung zur Aufnahme des Satzes: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten.“	Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ besteht seit der Psychiatrie-Reform der 70er Jahre. Die neu entstehende Richtlinie beschreibt eine ergänzende Versorgungsform zwischen „einfacher“ vertragsärztlicher und stationärer Versorgung. Für eine (teil-)stationäre Behandlung sind die hier angewendeten Kriterien nicht

				<p>bindend. Es kann der Umstand eintreten, dass Patienten stationär (und damit intensiver als in dieser Richtlinie beschrieben) behandelt werden, die nicht der Kategorie „schwer psychisch krank“ zuzuordnen sind oder bei denen kein komplexer Behandlungsbedarf besteht. Hier muss die hierarchische Logik einer gestuften Versorgung verdeutlicht werden.</p> <p>Für die Anwendung einer Behandlung nach der Richtlinie sollten die Möglichkeit der Verhinderung und Vermeidung stationärer Aufenthalte eine Einschlussmöglichkeit darstellen.</p>
1	3.Satz 2		<p>Ergänzung des Satzes:  „...Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs, ...“  Durch  „...diagnostische und differentialdiagnostische Aspekte müssen eingehend und im Behandlungsverlauf evaluiert werden und zwingend mit einer Behandlungsplanung verknüpft sein“</p>	<p>Ziel ist die zeitnahe Versorgung der Patienten. Dafür müssen diagnostische Aspekte in eine Behandlungsplanung und -durchführung münden und können nicht getrennt betrachtet werden.</p>
1	3.Satz 4	KBV/PatV	<p>Zustimmung zur Formulierung:  „Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten.“</p> <p>Ergänzung durch:  „Patientenzentrierte Koordinierungsaufgaben im Rahmen des individuellen Gesamtbehandlungsplans können an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, mit</p>	<p>Beide Ebenen der Versorgung müssen bedacht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach der Diagnostik muss, wenn indiziert, Patientenzentriert die Behandlung geplant und durchgeführt werden. Dies verantwortet der Bezugsarzt oder -therapeut, die Koordination der Maßnahmen ist keine genuin ärztliche Aufgabe und kann durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter in enger Abstimmung mit dem Arzt/Therapeuten erfolgen.</li> </ul>

			<p>denen der Bezugsarzt/-therapeut in engem fachlichem Austausch steht.</p> <p>Sowie:  „Darüber hinaus bedarf es im Rahmen des Netzverbundes in einer Region der Koordination von Versorgungsangeboten und qualitätssichernden Maßnahmen. Hierfür muss ein Netzwerkkoordinator eingesetzt werden.“</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das regionale Versorgungsnetz entsteht und entwickelt sich durch die Vernetzung der unterschiedlichen Versorger. Diese Vernetzungs- und Koordinationsaufgabe muss festgelegt und durchgeführt werden.</li> </ul>
2	1	KBV/DKG	<p>Zustimmung zur Ausführung:  „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen und/oder psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</p>	<p>Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. Insofern wäre es hier wichtig, ergänzend „und/oder“ zu präzisieren.</p>
2	2	KBV/DKG/PatV	<p>Zustimmung zur Formulierung:  „Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99) des ICD-10-GM vor.“</p> <p>Diese ist schwer bzw. hat einen schweren Verlauf.</p>	<p>Die Nennung einzelner Diagnosen erübrigt sich, da eine Diagnose allein grundsätzlich keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf und die Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen gibt.</p> <p>Bei den im Vorschlag des GKV-SV nicht genannten Diagnosen handelt sich um solche, die durch kurze und abgestimmte Komplexbehandlung in bestimmten Konstellationen ressourcensparend versorgt werden können. Dies trifft insbesondere für die F0-Diagnosen. Besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung können durch ein multiprofessionelles ambulantes Versorgungsangebot stationäre Einweisungen vermieden werden. Die wenig etablierte</p>

				<p>Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEBS) kann somit niedrigschwellig durch das hier beschriebene Versorgungsangebot ersetzt werden. Nicht nachvollziehbar ist, warum insbesondere die Diagnosen F23 und F24 nicht enthalten sein sollten, denn gerade hier kann schnelles und abgestimmtes Behandeln Krankheitsverläufe verkürzen und Leid für Betroffene und Angehörige minimieren. Bei vielen Diagnosegruppen, die nicht primär den „schweren psychischen Erkrankungen“ zugerechnet werden (z. B. F32.1) besteht wegen Komorbiditäten (z. B. sog. Achse 2-Störungen) auch besonderer Behandlungsbedarf, weil erhebliche psychosoziale Defizite eine Teilhabe am sozialen Leben verhindern und somit zur Chronifizierung beitragen. Die Versorgung durch diese Richtlinie kann dies verhindern.</p>
2	3	KBV/DKG	Zustimmung zur Position der KBV/DKG	<p>Da der GAF-Wert das psychosoziale Funktionsniveau nicht ausreichend abbildet, soll die Anwendung des Mini-ICF-P (Mini-ICF-Rating für psychische Störungen Erwachsener) bindend erfolgen.</p> <p>Insbesondere psychosoziale Defizite, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen, sind für die Erschwernisse des Patienten verantwortlich, die passgenaue und leitliniengerechte Behandlung zu erhalten. Deswegen sollte die Identifizierung dieser Defizite mittels eines geeigneten Instrumentes erfolgen, wie es der Mini-ICF-P ist. Insbesondere in der Transitionsphase bei</p>

				Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt diesem Umstand besondere Bedeutung zu.
3			Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer: Grundsätzlich Zustimmung – wir halten aber einen ergänzenden Hinweis für notwendig, dass die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten der in der Folge aufgeführten berechtigten Facharztgruppen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten freiwillig erfolgen soll, damit mit den intendierten Versorgungsnetzen durch das besondere Engagement der sich daran beteiligenden Behandler nachhaltige und gute Behandlungserfolge erzielt werden können.	
3	1	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zur Position der <b>KBV/DKG/PatV</b>	Da in der Folge Facharztbezeichnungen aufgeführt werden, ist die Reihenfolge der Nennung hier logischer.
3	1.5	KBV/PatV	Zustimmung zur Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie	Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie haben in ihrer Facharztausbildung mindestens ein Jahr Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet. Menschen mit neurologischen Erkrankungen haben eine hohe Komorbidität mit psychischen Erkrankungen. Hirnorganische Veränderungen sind die Ursache vieler schwerer psychischer Erkrankungen. Die Teilnahme von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie an den Netzwerken ist von großem Vorteil, da die Netzwerke dadurch leistungsfähiger werden und Überweisungen an Neurologinnen

				<p>und Neurologen außerhalb des Netzes entfallen können.</p> <p>Der Satz 5 sollte zum Satz 4 werden, um die logische Reihenfolge der Facharztgebietsbezeichnungen fortzusetzen.</p>
3	2	GKV-SV/PatV	Ablehnung des Vorschlages	<p>Satz 2 regelt die Teilnahme bereits umfänglich Eine Kooperation mit psychiatrischen Kliniken (und implizit auch Abteilungen von Krankenhäusern) ist an anderer Stelle verpflichtend formuliert. Die PIA als Abteilung eines Krankenhauses oder Fachabteilung ist somit Bestandteil der Kooperation und es bedarf keiner gesonderten Regelung. Die Ausgestaltung des Kooperationsvertrages obliegt den Vertragspartnern im Netz und soll sich flexibel den bestehenden regionalen Gegebenheiten anpassen können.</p>
3	3	KBV/DKG	Zustimmung zu „keine Übernahme“	<p>Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen haben einen subsidiären Versorgungsauftrag. Kooperationsverträge werden nicht mit den PIAs, sondern mit der entsprechenden Klinik geschlossen. Nur im Ausnahmefall können Fachärzte aus PIA-Einrichtungen von Krankenhäusern behandlungsleitend im vertragsärztlichen Versorgungsbereich tätig werden. Hierzu müssen Verträge mit bindender Nennung des in der PIA tätigen teilnehmenden Facharztes der genannten Fachrichtungen getroffen werden. Die verbindliche Zusammenarbeit der einzelnen Ärzte und Therapeuten mit dem einzelnen Patienten im Mittelpunkt ist das Kernelement dieser Richtlinie.</p>



				Hierfür sollen die bestehenden vertragsärztlichen Versorgungselemente vernetzt werden. Die PIA stellt eine Versorgungsform einer Klinik oder Abteilung einer Klinik dar, die ambulante Versorgung subsidiär und mit Ressourcen der Klinik leistet. Eine Kooperation mit der Klinik oder Fachabteilung in einer Region ist erforderlich, die PIA kann aber strukturell der vertragsärztlichen Versorgung nicht gleichgestellt sein.
3	4.3	KBV/DKG	Zustimmung zu: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.“	Diese Formulierung definiert die Qualifikation der Plegefachpersonen praxisnäher.
3	5	KBV/GKV-SV/PatV	Zustimmung zur Streichung	In der Richtlinie wird nicht die Regelversorgung, sondern ergänzend die koordinierte Versorgung mit den Mitteln der Regelversorgung beschrieben. Die berufsrechtliche Regelung bleibt unbenommen.
4	1	KBV und KBV/DKG	Zustimmung zu den Formulierungen: „...ist die Bildung eines wohnortnahen, berufsübergreifenden Netzverbundes mit Kooperationspartnern.“  „...gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Diese Formulierung hat die bessere Präzision.  Siehe Begründung zu § 1 Absatz (2) Satz 1  Bei Nennung der schwer psychisch Kranken und deren Behandlungsbedarf müsste es u.E. immer „und/oder“ heißen, um das Vorliegen von Komorbiditäten explizit mit zu erfassen

4	2		<p>Der Absatz soll lauten:          „(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem regionalen Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten in einem patientenindividuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“</p>	<p>Diese Formulierung bietet den größtmöglichen Praxisbezug.</p>
4	3	KBV	<p>Zustimmung zum Vorschlag der KBV</p> <p>Es muss jedoch die Möglichkeit geben, besonders bei lokalem Mangel an Leistungserbringern auch mit kleineren multiprofessionellen Einheiten zu arbeiten, um den betroffenen Patienten ein niedrigschwelliges, möglichst wohnortnahes Behandlungsangebot zu ermöglichen; dies trifft z.B. auf ländliche Regionen zu.</p>	<p>Ein funktionierendes Versorgungsnetz muss eine kritische Größe haben, um die notwendige Vielfalt an Versorgung und „Spezialisierung“ in einer Region abbilden zu können.</p> <p>Hier wird nicht die Regelversorgung beschrieben, sondern ein ergänzendes Versorgungsangebot für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf. Ein Arzt und auch 5 Ärzte können alleine die Struktur für alle Besonderheiten der vernetzten Versorgung nicht bilden und aufrechterhalten. Hinzu kommt die Besonderheit, dass manche Ärzte durch ihre psychotherapeutische Tätigkeit neben der psychiatrischen Arbeit eine vergleichsweise niedrige Patientenzahl versorgen. Auch diesen Ärzten muss es möglich sein, Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf ihren Bedürfnissen entsprechend zu versorgen. Anderenfalls entsteht ein Flaschenhals in der Versorgung, wo eigentlich niedrigschwelliger Zugang erfolgen sollte.</p>

4	4	KBV/DKG	Zustimmung	Schlanke und schlichte Beschreibung der Bedingungen wird befürwortet, um die Ausgestaltung den regionalen und schon bestehenden strukturellen Bedingungen anpassen zu können.
4	4	Alternativer Vorschlag von DPV	<p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</li> <li>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</li> </ol> <p>Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche Leistungsinhalte können vereinbart werden.</p> <p>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</p>	

			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.“	
4	5.2	KBV/DKG	Zustimmung zur Formulierung: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen.“	Diese Formulierung ist dann kongruent zu § 3 Absatz (4) Satz 3
4	5.7	KBV/DKG	Zustimmung zur Aufnahme „Suchtberatungsstellen“	Der Zugang zu Einrichtungen der Versorgung von Suchtkranken ist sinnvoll und ist in der Regelversorgung zu wenig berücksichtigt.
4	6	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zu „keine Übernahme“	Auch wenn es aus fachlichen Gründen wünschenswert wäre, können Suchtberatungsstellen hier nicht inkludiert werden. Sie gehören nicht zur GKV-Versorgung Eine qualifizierte Entzugsbehandlung bildet nur einen begrenzten Teil der Behandlung eines Patienten mit einer Suchterkrankung ab. Umfassende sozialmedizinische Interventionen, Motivationsarbeit zur Entgiftung, Entwöhnung sowie dem Abstinenzertahl und der Nachsorge sowie die Behandlung der psychiatrischen und v. a. somatischen Komorbiditäten stellt eine hohe koordinative Aufgabe dar.
4	7	KBV	Der Absatz soll lauten: „Die Netzverbundverträge nach § 4 Abs. 1 und die Kooperationsverträge nach § 4 Abs. 4 sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dieser	Die zuständige KV hat durch Teilnahme an den Zulassungsgremien für die vertragsärztliche Versorgung die Fähigkeit und Möglichkeit, hier ggf. regulierend und strukturbildend einzugreifen.

			Richtlinie ist durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dem Netzverbund eine Genehmigung zur Teilnahme durch seine Mitglieder und Kooperationspartner an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu erteilen.	
4	8	KBV/DKG	Zustimmung zu „keine Übernahme“	Es soll im Rahmen der Richtlinie so bürokratiearm wie möglich gearbeitet werden können.
4	9	KBV	Der Absatz soll lauten: „Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit.“	Die Angebote der vertragsärztlichen Regelversorgung können bereits jetzt über geeignete moderne Medien über die Kassenärztliche Vereinigung des Bundeslandes eingesehen werden. Die Abbildung der Netzverbände stellt hier eine sinnvolle Ergänzung dar.
4	10	KBV	Unterstützung der Position der KBV	Der Zugang zur Versorgung gemäß der Richtlinie darf nicht dazu führen, dass betroffene Personen sich gegen eine bereits etablierte und kontinuierliche Behandlung entscheiden müssen. Zudem ist es kontraproduktiv, in diesem Fall einen Wechsel der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeuten vornehmen zu müssen und damit eine bestehende vertrauensvolle Behandlungsbeziehung zu beenden.  In der Position der KBV ist eine knappe und präzise Formulierung gewählt.
5	Titel	KBV/PatV	Unterstützung der Ergänzung: „... Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und Behandlungsteam“	

5	1	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	<p>In den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie (historisch zusammengefasst Nervenheilkunde) gibt es viele Symptomüberschneidungen insbesondere bei neurologischen Erkrankungen mit psychischen Symptomen (z. B. degenerativen Hirnerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Entzündungen usw.) und diese gehen einher mit derselben Gefahr der Eskalation der psychischen Erkrankung, der Chronifizierung der Symptome und dem Verlust des psychosozialen Funktionsniveaus. Aufgrund der Überschneidungen hat sich in den Weiterbildungsordnungen die verpflichtende Ableistung eines Jahres im Komplementärfach etabliert. Somit können auch Neurologen Bezugsärzte im Rahmen der Richtlinie sein. Siehe auch frühere Begründungen. Satz 5 kann zu Satz 4 werden, somit wären die Gebietsbezeichnungen der Fachärzte fortlaufend aufgeführt, danach erfolgt die Nennung der Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten.</p>
5	2	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	<p>In der Regel wird bereits in der Eingangssprechstunde ein Arbeitsbündnis zwischen Bezugs-Netzmitglied und der behandlungssuchenden Person aufgebaut. Nicht selten hängt bei krankheitsbedingt eingeschränkter Behandlungsbereitschaft diese von der Fortführung der Behandlung durch den die Eingangssprechstunde durchführenden Arzt bzw. Therapeuten ab.</p>
5	3	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	<p>Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war, die Abläufe in der ambulanten</p>

				<p>vertragsärztlichen Versorgung durch verbindliche Kooperationsregeln zu verbessern.</p> <p>Ziel ist die zeitnahe Versorgung im Lebensumfeld des Patienten. Dafür nutzt der Bezugsarzt/-therapeut die Strukturen des Versorgungsnetzes. Die Hinzuziehung weiterer Akteure außerhalb des Kern-Netzes mit dem Patienten im Mittelpunkt folgt individuellen patientenabhängigen Erfordernissen.</p>
5	4	KBV/DKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt. Zustimmung zu Bezugstherapeut	In dieser Formulierung wird die Regelung bereits klar beschrieben. Die Beschreibung der Aufgaben im Versorgungsnetz ist in § 7 geregelt.
5	5	KBV/PatV	Aufnahme der Formulierung: ...“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt...	Siehe frühere Begründungen
6	1.1	KBVDKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt.	<p>Die Gesamtverantwortung hat der Bezugsarzt/ -therapeut – die Koordination als nichtärztliche Leistung kann delegiert werden – enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, die delegierbare Leistungen erbringen vermindert Zeit- und Informationsverlust. Dies gilt sowohl für den Beginn der koordinierten Behandlung als auch für Veränderungen und Entwicklungen im Verlauf im Rahmen dieser Behandlungsform und die Beendigung der intensivierten Behandlung.</p> <p><b>Einer zusätzlichen Einführung einer nichtärztlichen koordinierenden Person bedarf es nicht.</b></p>
6	1.2	KBV/DKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt: keine Übernahme	

6	1.3	GKV-SV/KBV/DKG	Diese Position wird unterstützt: keine Übernahme	
6	2		<p>Der Absatz sollte lauten:</p> <p>„Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen diese sollten über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/ Psychotherapie oder über eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Fachangestellte,</li> <li>2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>3. Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen,</li> <li>4. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß 132a Absatz 4 SGB V erbringen</li> </ol>	<p>Es ist nicht sinnvoll, nur Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie Pflegefachpersonen zuzulassen, die bereits einen Vertrag abgeschlossen haben. Dies würde diesen Teil der Versorgung davon abhängig machen, ob in der Region überhaupt ein solches Vertragsangebot besteht. In Frage kommende Personen, die keinen Vertrag abgeschlossen haben, würden damit ausgeschlossen.</p>
6	2	GKV-SV/PatV	<p>Dieser Vorschlag wird abgelehnt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</li> </ol>	<p>Die genannten Berufsgruppen verfügen nicht zwangsläufig über Kenntnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen.</p>



			<p>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,  7. Pflegefachpersonen,  8. Psychologinnen und Psychologen</p>	<p>Spezifische Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sind erforderlich, um mit dieser besonders vulnerablen Patientengruppe in den hier beschriebenen Sonder-Situationen zu arbeiten. Dafür bedarf es neben der Berufserfahrung mit der Patientengruppe spezifischer Weiterbildungen und Qualifikationen neben der und zusätzlich zur erworbenen Grundausbildung.</p>
6	3	GKV-SV	<p>Ablehnung des Vorschlages:  „Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“</p>	<p>Diese Regelungstiefe ist nicht erforderlich. Für die Gestaltung der Aufgaben in einem regionalen Netzverbund und im individuellen Versorgungsnetz für einen Patienten muss ausreichend Gestaltungsspielraum zur Verfügung stehen. Starre Stundenangaben verhindern und erschweren die notwendige niedrigschwellige Ausgestaltung des Versorgungsnetzes. Die Indikationsstellung und Koordinierungsverantwortung liegt bei dem Bezugsarzt oder Bezugstherapeuten des Patienten, der dafür Sorge tragen muss, dass auch genügend Koordinationsressourcen zur Verfügung stehen.</p>
7	1	KBV	<p>Formulierung der KBV wird unterstützt:   „...als Netzmitglieder oder Kooperationspartner“</p>	
7	1.2	KBV/DKG/PatV	<p>Position wird unterstützt</p>	<p>Die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen zu organisieren ist ein entscheidender Vorteil der Versorgung innerhalb der Richtlinie gegenüber der Regelversorgung.</p>

7	1.3	GKV/PatV	Die Formulierungsvorschläge von GKV-SV und PatV können entfallen	In der Beschreibung des Behandlungspfades ist der Ablauf schon enthalten.
7	1.5	KBV/DKG	Zustimmung zum Formulierungsvorschlag von KBV und DKG	
7	1.7	KBV/DKG	Position wird unterstützt	Diese Position ermöglicht die flexibelste Nutzung regionaler Gegebenheiten. Die Entwicklung von Parallelstrukturen wird nicht provoziert und die bestehenden Ressourcen werden nutzbar gemacht.
7	1.8	KBV/DKG	Position wird unterstützt: keine Übernahme	Textpassage ist überflüssig, da Netzstruktur mit dem Ziel entsteht, zeitnahe und indikationsgerechte Versorgung zu ermöglichen.
7	1.9	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt	Die Entwicklung eines Versorgungsnetzes soll flexibel durch die Nutzung der regionalen Gegebenheiten ermöglicht werden. Ein bestehender Netzverbund muss die Möglichkeit der Weiterentwicklung haben. Dies ist prozessbegleitend erforderlich. Netzverbundkonferenzen haben sich bereits in der Praxis als essentiell erwiesen.
7	1.10	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt	Patientenorientierte Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat fest vorzuschreiben, wie der GKV-SV vorschlägt, ist eine zu starre Regelung.
7	1.12	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	
7	3	KBV/DKG	Position wird unterstützt	Diese Position enthält die in der vertragsärztlichen Versorgung vorgehaltenen und zukünftig auch in der Regelversorgung zur Verfügung stehenden Strukturelemente.

7	4	KBV	Position wird unterstützt	s. Begründung zu § 1 Absatz 3.4 Vorerfahrungen zur Koordination von Netzverbänden von Organisationen im Rahmen von Selektivverträgen oder durch den Innovationsfond geförderten Versorgungsprojekten sollen einbezogen werden. Eine digitale Plattform über die KBV/Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erleichtert die Prozesse.
8	1	KBV/DKG/PatV	Der Zugang sollte in der Regel per Überweisung erfolgen, aber auch durch eine Empfehlung möglich sein.	Niedrigschwelligkeit ist insbesondere beim Zugang zu dieser Versorgung von Bedeutung, da krankheitsbedingt, wie schon vielfach beschrieben, insbesondere der hier genannten Patientengruppe Zugang zu indikationsgerechter Versorgung erschwert ist. Deswegen entsteht diese Richtlinie.
8	1	GKV-SV	Die Position des GKV-SV wird abgelehnt	
8	2	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligte müssen eine Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können. Erfahrungsgemäß werden das in der Regel Teilnehmende mit Bezug zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein. Eine Einschränkung auf wenige Facharzt-Gruppen ist insbesondere bei dem Ziel, schnelle und niedrigschwellige Versorgung zu ermöglichen, nicht plausibel.
8	3	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	Diese intensiviertere Versorgungsform bedarf umfassender Kenntnisse über medizinisch-psychiatrische, psychotherapeutische sowie sozialmedizinische Aspekte der Akutversorgung, der Rehabilitation und Prävention, aber auch der

				<p>rezidivprophylaktischen Maßnahmen. Da im Rahmen einer stationären Behandlung alle diese Aspekte fachärztlich supervidiert zusammengeführt werden, kann die Empfehlung über die weitere Behandlung insbesondere durch die hier beschriebene intensiviertere Form nur fachärztlich erfolgen.</p> <p>Die Entlassung aus einer Klinik im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V regelt die Entlassung aus einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Behandlung in die Regelversorgung. Die Indikation für die hier beschriebene komplexe Versorgungsform für schwer kranke Patienten bedarf der strengen fachärztlichen Indikationsstellung und ist damit klarer als in § 39 Absatz 1a SGB V festgelegt eine originär fachärztliche Aufgabe.</p>
8	4	GKV-SV/PatV	<p>Position wird abgelehnt, deshalb „keine Übernahme“</p> <p>Änderungsvorschlag:  „Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.“</p>	Einer solch kleinteiligen Regelung bedarf es nicht.
8	5	DKG/KBV/PatV	<p>Die Position von DKG, KBV und PatV wird unterstützt.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV wird abgelehnt.</p>	Die Position des GKV-SV mit der Forderung einer Frist von 3 Tagen nach Empfehlung ist zu eng gefasst, wenn diese regelhaft erfolgen muss.

				Patientenbezogene Bedingungen, die eine Terminwahrnehmung innerhalb von 3 Tagen verunmöglichen, könnten dann ggf. einen Zugang verhindern.
8	6	DKG/KBV/PatV	Die Position von DKG, KBV und PatV wird unterstützt. Der Vorschlag des GKV-SV wird abgelehnt.	Die Regelung ist hier eindeutig und unmissverständlich beschrieben. Die Niedrigschwelligkeit des Zugangs wird deutlich
9	1		Der Absatz soll lauten: „In der Eingangssprechstunde erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst-) Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach Absatz 1 Nummer 1 bis 5.  Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt.  Zudem wird die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut festgelegt. Die Wünsche der Patienten oder des Patienten sind zu berücksichtigen.	
9	2	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	Die zur Verfügung stehenden Interventionen werden damit konkretisiert.
9	3	KBV/DKG/PatV	Position von KBV, DKG und PatV wird unterstützt. Position des GKV-SV wird abgelehnt	Die Prüfung der Hilfen nicht nur für Kinder, sondern auch von Angehörigen und anderen Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten ist sinnvoll, da es z. B. auch pflegebedürftige oder schwerkranke erwachsene Angehörige geben kann, mit deren Versorgung/Pflege eine

				Überforderung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten einher gehen kann.
<b>9</b>	4-6	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt: „keine Übernahme“ Position des GKV-SV wird abgelehnt.	Regelungen an anderer Stelle Die Einschlusskriterien sind umfassend geregelt und müssen ohnehin dokumentiert werden.
<b>9</b>	7	KBV/PatV	Position wird unterstützt: Aufnahme des Satzes (7) Aber das Wort „umfasst“ ist versehentlich doppelt genannt, d.h. muss einmal gestrichen werden. Die Berücksichtigung des Kindeswohls im letzten Satz ist uns besonders wichtig.	Die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld entspricht einem zentralen Patientenbedürfnis und muss ermöglicht werden.
<b>10</b>	1	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	Diese Regelung ergänzt die im § 1 Absatz 3.2
<b>10</b>	2	KBV/PatV	Die KBV-Position wird unterstützt	Redaktionell: Aufnahme der Ergänzung „...oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten zu erfolgen.“
<b>10</b>	3	GKV-SV/KBV/DKG	Position von GKV-SV, KBV und DKG wird unterstützt  Position der PatV wird abgelehnt	Bei der Nennung der weiteren Maßnahmen zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um notwendige Ergänzungen, um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen. Die Position der PatV mit Einführung einer „koordinierenden Bezugsperson“ kann an dieser Stelle entfallen, da dies an anderer Stelle geregelt ist.

11		KBV/DKG	Position wird unterstützt unter redaktionellem Einschluss „oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten“.	Praxisnahe Formulierung
12	1	GKV-SV	Unterstützung der Aufnahme der Formulierung: „Dabei ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau mittels des Instrumentes nach § 2 Absatz 3 zu erheben.“	Insbesondere das psychosoziale Funktionsniveau ist von Bedeutung. Für die Erhebung kommt der Mini-ICF-P durch seine spezifische Eignung und Nutzung bereits im rehabilitativen Versorgungssektor besonders in Frage.
12	2		Annahme insbesondere der KBV-Position. Der Absatz soll lauten: „Nimmt ein Krankenhaus 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 Entlassungsbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten oder an ein anderes vom Netzwerk ausgewähltes Netzmitglied.“	Hier handelt es sich um eine praxistaugliche und gut verständliche Formulierung, die die Umsetzung der beabsichtigten Verbesserung des Übergangs im Rahmen des Entlassmanagements erleichtert.
12	3		Annahme insbesondere der KBV-Position:  Der Absatz soll lauten:  „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	s. Begründung zu §12 Absatz 2

			<p>Versorgung nach dieser Richtlinie fest, nimmt das Krankenhaus mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Netzverbund nach § 4 auf und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung in der Eingangssprechstunde vereinbart. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen.“</p>	
13	1	KBV/DKG	<p>Position wird unterstützt, einschließlich Einfügung „oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4 vorzunehmen.“</p>	<p>Die quartalsweise Überprüfung des Behandlungserfolgs ist praktikabel und sinnvoll und ermöglicht präzise patientenindividuelle Behandlungszeiträume.</p>
13	2	KBV/DKG	<p>Position wird unterstützt einschließlich der Einfügungen der KBV: „...außerhalb der Richtlinie...“ sowie „...oder die Bezugstherapeutin oder Bezugstherapeut...“</p>	<p>Die Konkretisierung verdeutlicht das Anliegen dieser Richtlinie, keinesfalls dadurch die Regelversorgung zu reformieren. Diese besteht unverändert nach den bisher geltenden Gesetzen.</p>
13	3	KBV/DKG	<p>Position von KBV und DKG wird unterstützt. Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Bei einer Behandlungsdauer im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie von länger als einem Jahr ist ein Assessment nach § 2 durch einen weiteren Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1, Nr. 1 - 5 aus dem Netzverbund, der nicht Teil des Behandlungsteams ist,</p>	



			durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit dem Behandlungsteam zu bewerten.“	
<b>Anlage</b>	<b>Leistungs-module</b>	KBV	Die Punkte 1-12 werden unterstützt	Die Punkte 1-12 sind Ergebnis bereits laufender Netzprojekte und haben sich bewährt. Sie werden individuell indikationsspezifisch angewandt.

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Deutsches Psychoanalytische Vereinigung		
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"/>

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

<b>Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.</b>				
<b>22.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2	KBV/DKG/PatV	Wir unterstützen die Klarstellung, dass Ziel der Richtlinie die Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch kranken Versicherten mit komplexem psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungsbedarf ist.	Schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten haben - neben einem komplexen psychiatrischen und psychotherapeutischen - sehr häufig auch einen psychosomatischen Behandlungsbedarf. Es ist daher notwendig, dass in die koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter auch die für die psychosomatische Versorgung zuständigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer eingebunden werden.
1	2	KBV/DKG/PatV	<u>Zu 1.</u>  Wir unterstützen das Ziel, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur anzustreben. Gleichzeitig sollte auch eine möglichst barrierefreie Versorgung Ziel dieser Richtlinie sein.	Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zur Angebotsstruktur würden eine wichtige Verbesserung im Vergleich mit großen Teilen der bestehenden Versorgungsformen darstellen. Hierfür sind Wohnortnähe und eine zeitnahe Versorgung wichtige Kriterien. Für psychisch schwer erkrankte Versicherte

				mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen ist die Barrierefreiheit der zu schaffenden Angebotsstruktur ein weiteres bedeutsames Kriterium. Barrierefrei ist die Versorgungsstruktur nur dann, wenn Menschen mit Behinderungen alle an der Versorgung Beteiligten ohne fremde Hilfe aufsuchen und ihre Angebote selbständig nutzen können.
1	3	KBV/PatV	<p><u>Zu 4.</u></p> <p>Die Behandlungsleitung sollte nicht nur einer Bezugärztin / einem Bezugsarzt übertragen werden können, sondern auch einer Bezugspsychotherapeutin bzw. einem Bezugspsychotherapeuten.</p>	Wenn die Behandlungsleitung auch Psychotherapeutinnen und –therapeuten übertragen werden könnte, gäbe es vor Ort eine höhere Chance des Zustandekommens der angestrebten Versorgungsnetzwerke, weil potenziell eine größere Zahl von einschlägig fachlich Qualifizierten für die Leitung der Netzwerke zur Verfügung stünde.
2	2	KBV/DKG/PatV	Die Zielgruppe nicht auf bestimmte Diagnosegruppen aus dem Kapitel F der ICD-10-GM zu begrenzen, halten wir für sachgerecht.	Aus unserer Erfahrung bei der Begleitung von Menschen mit psychischen Behinderungen können wir die Argumentation bestätigen, dass sich die Schwere einer psychischen Erkrankung nicht allein aus einer bestimmten Diagnose gemäß der ICD-10 ergibt. Vielmehr sind es eine ganze Reihe umweltbedingter Faktoren, die die Schwere des Verlaufs einer psychischen Erkrankung beeinflussen.
4	3		Als Mindestvorgaben für den regionalen	Um auch in strukturschwachen Regionen

			<p>Netzwerkverbund schlagen wir vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2</b> Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie</li> <li>• <b>2</b> ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen oder –therapeuten</li> <li>• <b>1</b> zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit regionaler Versorgungsverpflichtung und ermächtigter Psychiatrischer Institutsambulanz nach § 118 SGB V und</li> <li>• <b>1</b> Leistungserbringerin oder Leistungserbringer von Ergotherapie, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege oder Soziotherapie</li> </ul>	<p>Netzwerkverbünde aufbauen zu können, sollten die Mindestvorgaben dafür möglichst niedrig angesetzt werden. Gleichzeitig sollten im Sinne eines Mindestmaßes an Wahlfreiheit der Versicherten wenigstens zwei einschlägige Fachärztinnen bzw. Fachärzte und zwei Psychotherapeutinnen bzw. –therapeuten im Netzwerkverbund tätig sein.</p>
4	5	<i>GKV-SV, KBV, DKG</i>	<p>Nicht nur Wohneinrichtungen für psychisch erkrankte Menschen, sondern alle relevanten Leistungserbringerinnen und –erbringer der Eingliederungshilfe sollten bei Bedarf in die Versorgung entsprechend der Richtlinie einbezogen werden können. Ebenso sollten Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste oder Krisendienste bei Bedarf einbezogen werden können.</p>	<p>Wir unterstützen psychisch erkrankte Versicherte mit komplexem Unterstützungsbedarf nicht nur in vormals als stationär bezeichneten Wohneinrichtungen, sondern auch in der eigenen Häuslichkeit über ambulante Dienste der Eingliederungshilfe. Um ein abgestimmtes Vorgehen zu ermöglichen, sollten auch diese Dienste in die Versorgung nach der Richtlinie einbezogen werden, so sie in die Versorgung und Unterstützung von schwer psychisch erkrankten Versicherten einbezogen sind. Gleiches</p>

				gilt auch für Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste und Krisendienste.
4	10	KBV	Wir befürworten die Einbeziehung der im Sinne von § 2 vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und –therapeuten in die koordinierte Versorgung gemäß der Richtlinie – insbesondere durch eine angemessene Einbindung in die Fallbesprechungen.	Nur so kann eine geordnete Überleitung aus der Regelversorgung in die besondere Versorgung nach der Richtlinie und umgekehrt auch wieder zurück aus der besonderen Versorgung in die Regelversorgung gelingen.
5	1	KBV und PatV	Wie bereits zu § 1 Abs. 3 Nr. 4 angemerkt, sollte die Behandlungsleitung nicht nur einer Bezugärztin / einem Bezugsarzt übertragen werden können, sondern auch einer Bezugspsychotherapeutin bzw. einem Bezugspsychotherapeuten.	Wenn die Behandlungsleitung auch Psychotherapeutinnen und –therapeuten übertragen werden könnte, gäbe es vor Ort eine höhere Chance des Zustandekommens der angestrebten Versorgungsnetzwerke, weil potenziell eine größere Zahl von einschlägig fachlich Qualifizierten für die Leitung der Netzwerke zur Verfügung stünde.
6	2	GKV-SV/PatV KBV/PatV	Medizinische Fachangestellte, zugelassene Ergotherapeutinnen und –therapeuten, Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und –erbringer, Leistungserbringerinnen und –erbringer psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoginnen und –pädagogen, Pflegefachpersonen sowie Psychologinnen und Psychologen sollten die Koordination der Versorgung ausüben können, sofern sie über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von	Bei Vorliegen einer einschlägigen Zusatzqualifikation oder einer einschlägigen zweijährigen Berufserfahrung ist unseres Erachtens gewährleistet, dass die genannten Berufsgruppen nicht nur Teile der Koordination übernehmen, sondern die gesamte Koordination der Versorgung entsprechend der Richtlinie sicherstellen können. Da wir fordern, dass die koordinierte Versorgung auch psychosomatische Behandlungsbedarfe abdecken muss, sollte die Vermittlung entsprechender Kenntnisse von der

			Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen.	erforderlichen Zusatzqualifikation umfasst sein.
7	1	KBV/DKG/PatV	<p><u>Zu 2.</u></p> <p>Der Erstkontakt im Rahmen der Eingangssprechstunde zum Netzverbund nach Überweisung oder Empfehlung sollte unbedingt zeitnah möglichst innerhalb von sieben Werktagen erfolgen.</p>	<p><u>Zu 2.</u></p> <p>Für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf ist es wichtig, möglichst rasch Zugang zur koordinierten Versorgung zu erhalten. Deshalb sollte der Erstkontakt spätestens sieben Tage nach Überweisung bzw. nach Empfehlung verbindliche Verabredungen zur Terminfindung erachten wir als eine zentrale Voraussetzung, um eine koordinierte Versorgung mit aufeinander abgestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen überhaupt etablieren zu können.</p>
7	1	GKV-SV	<p><u>Zu 7.</u></p> <p>Für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen empfehlen wir die Erreichbarkeit einer behandelnden Ansprechpartnerin bzw. eines behandelnden Ansprechpartners aus dem Netzverbund wenigstens zwischen 8 und 22 Uhr und mindestens in Form einer Rufbereitschaft.</p>	<p>Nach unseren Erfahrungen kann die Erreichbarkeit einer behandelnden Ansprechpartnerin / eines behandelnden Ansprechpartners in Krisensituationen den Verlauf der Krise häufig positiv beeinflussen. Wenn der organisatorische und personelle Aufwand für eine 24-Stunden-Rufbereitschaft im Einzelfall nicht vertretbar erscheint, so ist wenigstens eine 14-stündige Erreichbarkeit zwischen 8 und 22 Uhr sicherzustellen.</p>

7	1	GKV-SV/PatV	<p><u>Zu 8.</u></p> <p>Wir unterstützen das Anliegen, im Netzwerk auch Regelungen zur Terminfindung zu treffen.</p>	<p>Verbindliche Verabredungen zur Terminfindung erachten wir als eine zentrale Voraussetzung, um eine koordinierte Versorgung mit aufeinander abgestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen überhaupt etablieren zu können.</p>
7	1	KBV/DKG/PatV	<p><u>Zu 9.</u></p> <p>Regelmäßig sollten Netzwerkkonferenzen stattfinden.</p>	<p>Mittels Netzwerkkonferenzen kann die Zusammenarbeit im Verbund regelmäßig reflektiert und ggfs. nachjustiert und damit der Behandlungserfolg verbessert werden.</p>
8	2	GKV-SV/DKG	<p>Der vorgenommene Begrenzung auf bestimmte Gruppen von Ärztinnen und Ärzten, die eine Empfehlung für eine Versorgung nach der Richtlinie aussprechen können, folgen wir. Gleichzeitig regen wir an, dass neben den genannten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch Sozialpsychiatrische Dienste eine solche Empfehlung aussprechen können.</p>	<p>Einen komplexen Behandlungsbedarf gemäß der Richtlinie zu erkennen, setzt einschlägige Fachkenntnisse und / oder eine längere Begleitung der Patientinnen und Patienten voraus. Dies sehen wir bei den genannten Arztgruppen und bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten als gegeben an. Es kommt jedoch vor, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die einer komplexen Versorgung gemäß der Richtlinie bedürfen, weder ärztlichen noch psychotherapeutischen Rat suchen, sondern zunächst Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erhalten. Deshalb sollte auch dieser Fachdienst eine Empfehlung zur</p>

				Behandlung gemäß der Richtlinie aussprechen dürfen.
9	7	KBV/PatV	Den Hinweis auf die Möglichkeit aufsuchender Behandlung unterstützen wir.	Je nach Art und Schwere der psychischen Erkrankung kann eine Versorgung in der Häuslichkeit bzw. im unmittelbaren Lebensumfeld der Versicherten notwendig werden. Mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten können insbesondere Soziotherapie und Ergotherapie im Rahmen eines Hausbesuches oder etwa psychiatrische häusliche Krankenpflege erbracht werden.
Bitte geben Sie immer den jeweiligen Paragraphen an.	Bitte nutzen Sie für jeden Absatz eine eigene Tabellenzeile.	Bitte geben Sie jeweils an, von wem die Position vertreten wird, zu der Sie Stellung nehmen.	Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

**Voraussetzungen für die Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021**



**Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.**

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>



Gemeinsam für die Soziale Arbeit  
im Gesundheitswesen.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.  
Haus der Gesundheitsberufe • Alt-Moabit 91 • 10559 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung &  
Veranlasste Leistungen  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin  
Versand per Mail an: [skv@g-ba.de](mailto:skv@g-ba.de)

**Elke Cosanne**  
Bundesgeschäftsstelle  
Geschäftsstellenleitung  
[info@dvsg.org](mailto:info@dvsg.org)  
030 394064541

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom  
15.12.2020

Unser Zeichen  
VS/GS

Datum  
22.01.2021

## **Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgung psychisch kranker Menschen nach §92 Abs. 6b des SGB V**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit nehmen wir Bezug auf Ihr Schreiben vom 15.12.2020, in dem Sie berechtigten Organisationen die Gelegenheit zur Stellungnahme einräumen. Als Anlage angefügt senden wir Ihnen die Stellungnahme unseres Fachverbandes zur weiteren Berücksichtigung während des Verfahrens zur Erstellung der Richtlinie in der von Ihnen gewünschten formalen Form.

Eine Richtlinie zur Verbesserung der Versorgung, Behandlung und Begleitung von schwer psychisch erkrankten Menschen wird von der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) grundsätzlich und ausdrücklich unterstützt. Der berufsgruppenübergreifende Ansatz ist erforderlich zur Überwindung der Sektorengrenzen von stationär zu ambulant sowie der Versorgungslücken, die durch die unterschiedlichen Denklogiken und Anspruchsvoraussetzungen der verschiedenen Sozialgesetzbücher bestehen.

Wesentlich für eine gelingende Umsetzung dieses Netzwerkes sind die qualitativ angemessene Ausgestaltung sowie ein niederschwelliger Zugang zu dieser Versorgung. Bei der Erstellung der Richtlinie müssen aus unserer Sicht reale bereits existierende Versorgungsdefizite berücksichtigt werden. Beispielsweise im Bereich der Soziotherapie bestehen unzureichende Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung mit qualifizierten Fachkräften und der fehlende Direktzugang zu der Leistung stellt zudem eine Hürde der Inanspruchnahme für Soziotherapie dar. Die Schnittstellen zur sozialen Beratung und Betreuung in andere Sozialgesetzbücher (insbesondere SGB IX) sind ausreichend sicher zu stellen. Die Profession Soziale Arbeit ist aus gesundheitsökonomischer und gesellschaftlicher Sicht eine notwendige Ergänzung bei der sektorenübergreifenden, qualitätsgesicherten und ganzheitlichen Behandlung. Diese Unterstützung sieht das SGB V bislang im ambulanten Kontext nicht vor. Entsprechende Möglichkeiten sind im Gesetz zu implementieren und für psychisch erkrankte Menschen direkt zugänglich zu machen. Allein die Erwähnung der Soziotherapie ist nicht ausreichend. Dies sollte in der Richtlinie angepasst werden.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Bundesgeschäftsstelle  
Haus der Gesundheitsberufe  
Alt-Moabit 91  
10559 Berlin

Telefon: 030 394064-540  
Telefax: 030 394064-545  
[info@dvsg.org](mailto:info@dvsg.org)  
[www.dvsg.org](http://www.dvsg.org)

Bank für Sozialwirtschaft Berlin  
IBAN: DE48 1002 0500 0002 0587 00  
BIC: BFSWDE33BER  
Steuer-Nr.: 1127/663/62358  
UID: DE212549765

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

Eine aufsuchende Behandlung und Beratung ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal, das bei der Richtlinie zu verankern ist, um eine personenzentrierte Versorgungsform ergänzend zur bereits bestehenden zu entwickeln. In der Richtlinie ist vorgesehen, dass auch eine nicht-ärztliche Koordination im Verbund mit den Leistungsberechtigten und den -erbringern einbezogen sein kann. Die Koordinations- und Navigationskompetenz der Sozialen Arbeit sollte hier gesehen und explizit als Berufsgruppe erwähnt werden. Die Soziale Arbeit ist die in der Praxis etablierte Profession, die zur besseren Koordination, Gestaltung und Erschließung von Hilfen zur sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung und persönlichen Förderung beiträgt, auch im Bereich der Psychiatrie. In dem Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2018 wurde unter anderem empfohlen, dass verstärkt Angebote in lokalen Gesundheitszentren integriert werden sollten, die auch mit Sozialarbeiter\*innen und psychiatrischen Fachpflegenden ausgestattet werden sollen. Diesen Ausführungen schließen wir uns ausdrücklich an und empfehlen die Berücksichtigung des Hinweises auch für diese Richtlinie.

Für die Entwicklung einer entsprechenden Versorgungsrichtlinie steht die DVSG als Fachverband der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit für Sie zur Verfügung. **Ansprechpartner** für die DVSG zu Themen rund um die Versorgung, Behandlung und Beratung im psychiatrischen Bereich ist als Mitglied des Gesamtvorstands **Dr. Franz-Peter Begher** ([franz.begher@dvsg.org](mailto:franz.begher@dvsg.org)). Die postalische Korrespondenz bitten wir über die Bundesgeschäftsstelle abzuwickeln: DVSG-Bundesgeschäftsstelle, Haus der Gesundheitsberufe, Alt-Moabit 91, 10559 Berlin.

Gerne beteiligen wir uns bei der Anhörung und stehen für Erläuterungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Stephan Dettmers  
(1. Vorsitzender der DVSG)

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

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)				
22.01.2021				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<i>Beispiele:</i>				
4	3	GKV-SV		
4	3	KBV		
6	1	KBV/DKG		
Bitte geben Sie immer den jeweiligen Paragraphen an.	Bitte nutzen Sie für jeden Absatz eine eigene Tabellenzeile.	Bitte geben Sie jeweils an, von wem die Position vertreten wird, zu der Sie Stellung nehmen.	Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.

§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1	3		5.ändern in: Koordination der <b>psychosozialen</b> Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund 9. Ergänzung: Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V, <b>insbesondere der Eingliederung (gemäß SGB IX)</b>	Gerade für die Versorgung, Behandlung und Begleitung dieser Personengruppe ist es bedeutsam, auch in der Rechtsgrundlage den Blickwinkel hin zum bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell zu weiten und festzuschreiben. Die Ergänzung durch das Wort psychosozial bei Versorgung wird diesem Aspekt Rechnung getragen.
2	2	KBV/DKG/PatV	Der Personenkreis ist grundsätzlich auf alle F-Diagnosen festzulegen.	Der komplexe Behandlungsbedarf ist nicht an Diagnosen gekoppelt.
2	3	KBV/DKG	Variable Instrumente zur Erfassung von Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen sollen eingesetzt werden. Geeignet sind hierfür insbesondere das Mini ICF Rating, die GAF Skala (Wert <50)	Teilhabeeinschränkungen müssen bei der Krankenbehandlung ausreichend berücksichtigt werden.
3	4		<b>Ergänzen:</b> 5. Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen mit staatlicher Anerkennung und mit mind. zweijähriger praktischer Erfahrung in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen In Sozialpsychiatrischen Zentren, Kontakt- und Beratungsstellen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst	Soziotherapeutische Leistungserbringer sind nach wie vor in der Versorgung aufgrund der Rahmenbedingungen nur marginal vertreten, in vielen Regionen gar nicht. Sozialarbeiterische Beratungs- und Behandlungskompetenz ist für eine gelungene Umsetzung der Richtlinie jedoch essentiell.

§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
4	3	GKV	Kann kein soziotherapeutischer Leistungserbringer eingebunden werden, sind Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen mit mindestens zweijähriger Erfahrung mit psychisch kranken Menschen in den Netzverbund einzubeziehen.	Ohne qualifizierte Sozialarbeit kann die Grundintention der Richtlinie nicht erfüllt werden und es bleibt bei einer rein medizinisch verkürzten Behandlungssicht  Die multiprofessionelle Sichtweise ist auch bei der Beteiligung der Therapeut*innen zu berücksichtigen.
4	3	GKV	Ergänzung: 5. einem Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung und ermächtigter psychiatrischer Institutsambulanz nach §118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanzen sind aufgrund ihres Auftrags und ihrer personellen Ausstattung besonders geeignet Netzwerkverbünde erfolgreich zu gestalten.
4	4	KBV/DKG	Ändern in: 2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten <b>oder eines staatlich anerkannten Sozialarbeiters/Sozialpädagogen oder einer staatlich anerkannten Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufserfahrung</b> sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.	Die Voraussetzung ist in der jetzigen Fassung aufgrund des Mangels an zugelassenen Soziotherapeut*innen in einer Vielzahl von Regionen nicht gegeben. Die Qualifizierung durch ein Studium der Sozialen Arbeit ist bedeutsam zu ergänzen.
4	5	PatV	Die von der PatV vorgeschlagene erweiterte Kooperationsmöglichkeiten sind zu unterstützen. Die Komplexität der Problemlagen erfordert zwingend den Miteinbezug von Akteurinnen und Akteuren außerhalb des SGB V	

<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
5	4	KBV/DKG	Ergänzung: oder eine vom Netzwerkbund zu bestimmende Person.	Es ist nicht zwingend erforderlich und sinnvoll, dass der Bezugsarzt bzw. die Bezugsärztin diese Koordinationsaufgabe wahrnimmt. Die Eignung liegt auch bei weiteren Akteurinnen und Akteuren (z. B. Soziale Arbeit).
6	1	GKV/PatV	Streichen: angebunden an die Praxis der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes	Für die Gesamtkoordination ist fachlich mehr als ‚reine‘ Administration erforderlich. Aus unserer Sicht ist die Koordinationskompetenz an der Stelle wichtig, nicht der Bezug zu einer Praxis.
6	1	GKV/PatV	Streichen: Die koordinierende Person ist der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt weisungsgebunden.	Die koordinierende Person ist nicht zwingend bei der Praxis eingebunden; sondern es geht darum, dass die Person geeignet ist und im Netzwerkverbund beteiligt/organisiert ist.
6	2	GKV-SV/PatV	Der Koordinierungsfunktion für Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen in Abs. 2 Satz 5 und 6 wird ausdrücklich zugestimmt.	Die Navigations- und Koordinationskompetenz ist bei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern vorhanden; deshalb sollte die Berufsgruppe hier als geeignet genannt werden.
7	1	KBV / DKG	Ausdrückliche Zustimmung zu dem Formulierungsvorschlag. Eine 24/7 – Erreichbarkeit ist zwingend erforderlich, da die Krisenintervention nicht ‚nur‘ telefonisch abgedeckt und erfüllt werden kann.	

§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
8	2	PatV	Bitte ergänzen: Psychosoziale <b>Kontakt- und</b> Beratungsstellen Bitte ergänzen: Psychiatrische Institutsambulanzen	Die Einbeziehung von etablierten Diensten und Professionen, wie insbesondere der Sozialpsychiatrischen Dienste, der psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen und der PIAs sind für die multiprofessionelle Versorgung und Behandlung bedeutsam, um für den Mensch in seiner Lebenswelt die sozialen Bezüge angemessen zu berücksichtigen.
8	3	GKV-SV/KBV/DKG	Die Benennung des Entlassmanagements betont die interdisziplinäre Perspektive und drückt eine systematische Berücksichtigung und Empfehlung berufsgruppenübergreifend aus.	
9	7	KBV/PatV	Das Aufführen der aufsuchenden Behandlung und Beratung ist ausdrücklich zu begrüßen. Auch das Einbinden der gemeindepsychiatrischen Strukturen und Dienste ist wichtig.	Die aufsuchende Arbeit ist je nach individuellem Bedarf wichtig als Baustein vorzuhalten und zu benennen.



**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021 der**

<b>Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

Berlin, 22.1.2021

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

Kontakt: [info@dvsg.org](mailto:info@dvsg.org) oder Dr. Franz-Peter Begher: [franz.begher@dvsg.org](mailto:franz.begher@dvsg.org)

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

<b>AG ADHS e.V., Dr. Kirsten Stollhoff, Gerhard Broer</b>				
<b>22.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				
4	3	GKV-SV		
4	3	KBV		
6	1	KBV/DKG		
§ 2	2	GKV-SV	Patienten mit der Diagnose ADHS (F90. Etc.) fehlen	Bei ADHS handelt es sich um eine häufige neurobiologische Erkrankung , die mit Beginn in der frühen Kindheit zu Verhaltensstörungen über die Lebensspanne führt mit u.U. gravierenden Teilhabe Einschränkungen. Ein multimodales Therapiekonzept wird in den Leitlinien gefordert. Deshalb darf diese Diagnose in dem Vertrag nicht fehlen.
§ 2	1	GKV-SV	Aufnahme von Patienten vor dem 18. Lebensjahr	ADHS beginnt bereits vor dem 18. Geburtstag. Gerade ab der Pubertät zeigen sich oft deutliche Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen (Schule, Ausbildung).

				Auch für diese Patientengruppe ist eine strukturierte Versorgungsstruktur unabdingbar.
§ 3	1	GKV-SV	Kinder-und Jugendärzte fehlen	Kinder – und Jugendärzte sind bei der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen oft der erste und in ländlichen Gebieten auch oft der einzige Ansprechpartner. Das Angebot ist bei diesen niederschwellig und zeitnah. Deswegen dürfen KJÄ in diesem Vertrag nicht fehlen. Für ADHS könnten wir uns vorstellen als zusätzliche Qualifikation einen entsprechenden Nachweis über die fachliche Qualifikation teilnehmender KJÄ zu fordern. Hierbei könnten wir als AG mitwirken.

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>AG ADHS e.V., Postfach 500128, 22701 Hamburg, Dr. Kirsten Stollhoff, Gerhard Broer</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<b>Ja bitte</b>
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	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	<input type="checkbox"/>



BFLK e.V. Dr. Mack-Str. 1 86156 Augsburg

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abt. Methodenbewertung & Veranlasste Leistungen  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

*Ausschl. per e-mail an: skv@g-ba.de*

**Silke Ludowisy-Dehl**

1. Vorsitzende

Tel.: 02173-102-2100

Fax: 02173-102-2190

Geschäftsstelle:  
BFLK Frau I. Seidler  
c/o BKH Augsburg  
Dr.-Mack-Str. 1  
86156 Augsburg

email:  
ludowisy-dehl@bflk.de

24. Januar 2021

### **Stellungnahme**

**hier: Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatr. oder psychotherap. Behandlungsbedarf**

Sehr geehrter Frau Dr. Pfenning, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 15. Dezember 2020 und die Gelegenheit zur Stellung zur o.g. Richtlinie.

Die BFLK e.V. begrüßt die Richtlinie sehr, denn die definierte Patientengruppe hat oftmals einen erschwerten Zugang zu adäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen sowie zu psychiatrischer Pflege.

Unsere Anmerkungen und Anregungen haben wir wie gewünscht in das beigegefügte Formular eingetragen.

Gerne bieten wir unsere Expertise zum Thema auch in einer Anhörung an.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich auch gerne zur Verfügung.

### **Korrespondenzadressen:**

Kontaktperson: Silke Ludowisy-Dehl  
e-mail: [ludowisy-dehl@bflk.de](mailto:ludowisy-dehl@bflk.de)  
Postanschrift: BFLK e.V. (Frau Seidler),  
c/o BKH Augsburg, Dr.-Mack-Str. 1, 86156 Augsburg

Mit freundlichen Grüßen

Silke Ludowisy-Dehl  
1. Vorsitzende

### **Anlage**

**Vorstand:**  
Silke Ludowisy-Dehl, Rainer Kleßmann, Renko Janßen, Uwe Kropp  
Isabella Müller, Ulrike Dogue, Rebecca Kanthak, Elvira Lange

**Bankverbindung:**  
BFLK  
BIC: COLSDE33  
IBAN: DE69370501980003313566

### **Kurzporträt:**

Die BFLK e.V. ist der Zusammenschluss Leitender Krankenpflegepersonen aus psychiatrischen Kliniken, Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Sie vertritt auch Leitungen der Aus- Fort- u. Weiterbildungseinrichtungen innerhalb der Psychiatrie. Seit ihrer Gründung 1975 ist der Verband auf Bundes- u. Landesebene in Deutschland aktiv. Die BFLK ist Mitglied im Deutschen Pflegerat (DPR).

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

BFLK e.V.				
24.01.2021				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<i>Beispiele:</i>				
Bitte geben Sie immer den jeweiligen Paragraphen an.	Bitte nutzen Sie für jeden Absatz eine eigene Tabellenzeile.	Bitte geben Sie jeweils an, von wem die Position vertreten wird, zu der Sie Stellung nehmen.	Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.
1	Abs. 1	BFLK	... insbesondere für schwer psychisch <b>erkrankte</b> Versicherte mit einem komplexen ... Behandlungsbedarf.	Die Formulierung „psychisch erkrankte“ sollte schon aus ethischen Gründen gewählt werden, denn im Gegensatz zu „psychisch kranken“ impliziert sie keine unabänderliche Stigmatisierung sondern eine temporäre Erkrankung mit durchaus gegebenen Heilungschancen.
1	Abs. 2 Nr.3	BFLK	Die Versorgung nach dieser Richtlinie <b>unterstützt</b> für die Gruppe .... eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufhalten.	Eine Verkürzung oder Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes darf nicht verhindern, dass eine erforderliche

				stationäre Krankenhausbehandlung rechtzeitig erkannt, eingeleitet und geleistet wird.
1	Abs. 2 Nr. 1	BFLK	Die Zielsetzung einer leicht erreichbaren und wohnortsnahen Angebotsstruktur wird unterstützt.	Schwer psychisch erkrankte Menschen ist neben den anderen Einschränkungen zumeist auch nicht so mobil, um weit entfernte Angebote wahrzunehmen.
1	Abs. 3 Nr.9	BFLK	9. Einbeziehung der Leistungserbringer / Einrichtungen außerhalb des SGB V.	Kooperationen mit Leistungserbringern außerhalb der Gesundheitsversorgung ist sehr sinnvoll, aber möglicherweise durch die RL nicht durchsetzbar. Hinweis auf eine notwendige Einbeziehung ist erforderlich.
2	Abs. 2	BFLK	Die Anspruchsgrundlage bezieht neben den deutlichen Funktionseinschränkungen das gesamte Diagnosespektrums psychiatrischer Erkrankungen mit ein.	Hilfebedarfe sind zwar häufig aber nicht zwangsläufig von der ICD-10 ableitbar, insbesondere der Pflegebedarf ergibt sich oft erst aus den Funktionseinschränkungen
2	Abs. 3	BFLK	Es liegen deutliche Einschränkungen .... vor. <i>In Verbindung mit der fachärztlichen Gesamteinschätzung sollen Einschätzungsinstrumente z.B. die GAF-Skala ergänzend hinzugezogen werden.</i>	Um den individuellen Krankheitsverläufen gerecht zu werden, sollte das fachärztliche Gesamturteil führend sein, die Anwendung von Einschätzungsinstrumente sollte daher der Urteilssicherung dienen. Die GAF-Scala kann als Beispiel genannt werden, es sollte aber beachtet werden, dass es weitere Instrumente gibt.
3	Abs. 3	BFLK	Der Absatz 3 kann entfallen	Das Vorhandensein einer PIA erscheint nicht erforderlich, da das Krankenhaus die entsprechenden Verbindungen zum Netzverbund auch anderes sicherstellen kann. Entsprechende fachliche Expertise

				wird bei einer psychiatrischen Abteilung vorausgesetzt.
3	Abs. 4 Nr. 3	BFLK	Die Formulierung des GKV-SV /PatV erscheint realistischer in der Umsetzung. In den Verträgen nach §132a wird eine Fachweiterbildung bzw. mehrjährige Berufserfahrung in der psychiatrischen Pflege bereits gefordert. Der jetzt schon bestehende Angebotsmangel an pHKP würde sich verschärfen, wenn eine Fachweiterbildung zwingend erforderlich ist. Grundsätzlich ist eine Fachweiterbildung sinnvoll und notwendig. Eine Realisierung ist aber aufgrund der in den vergangenen 20 Jahren stetig zurückgegangenen Fachweiterbildungsquote derzeit nicht möglich.	
4	3	BFLK	Der Netzverbund besteht aus den unter §3 genannten Leistungserbringern, mindestens jedoch aus 1 FA für Psychiatrie und Psychotherapie <b>oder</b> 1 FA für Psychosomatische Medizin <b>oder</b> 1 FA für Nervenheilkunde <b>und</b> 1 ärztl. oder psychol. Psychotherapeuten, <b>und</b> 1 zugelassenen Krankenhaus nach §108 SGB V mit psychiatrischen /psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie regionaler Pflichtversorgung <b>und</b> 1 Leistungserbringer der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gem. §132a SGB V abgeschlossen hat	Die Anzahl der aufgeführten Personen sollte nicht zu groß bemessen sein, denn gerade in ländlichen Gegenden sind weder die Anzahl noch die geforderte Qualifikation vorhanden. Bei einer Vergrößerung des Gebietes wäre dann eine wohnortnahe Versorgung nicht mehr sichergestellt. Insbesondere Angebote der Soziotherapie und der pHKP sind regelhaft nicht gleichzeitig verfügbar. In den Richtlinien zur Soziotherapie und psychiatrischen Hauskrankenpflege finden sich zudem große Überschneidungen. Die Soziotherapie findet den Zugang zum Patienten von der sozialpädagogischen, sozialarbeiterisch-administrativen Seite, die pHKP findet den Zugang von der medizinisch-pflegerischen Seite. Pflegefachpersonen können pflegerische



				Behandlungsstrategien umsetzen und ärztliche Behandlung (z.B. Adhärenz bei der Medikation) unterstützen. Daher ist der pHKP der Vorzug zu geben.
4	Abs. 7	BFLK	Die Formulierung der DKG ist zu befürworten. Der Netzverbund ist somit nicht von einem Genehmigungsprozess der KV abhängig	
5	Abs. 1	BFLK	Statt „Psychiatrische Institutsambulanz“ das Krankenhaus mit psychiatrischen. Einrichtungen benennen.	Die Psychiatrische Institutsambulanz gibt es nur in Verbindung mit einem entsprechenden Krankenhaus.
6	Abs. 1	BFLK	Die Übernahme der Koordination durch psychiatrische Pflegefachpersonen sollte möglich sein (z.B. wenn Krankenhaus den Bezugsarzt stellt)	
8	Abs. 2	BFLK	Formulierung der PatV wird befürwortet. Dieser Vorschlag deckt auch einen niederschweligen Zugang ab (durch den Einbezug der Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. Beratungsstellen)	
§10	Abs. 1	BFLK	Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum Bedarf an ärztlichen, ..., <b>psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie</b> sowie weiteren Heilmitteln.	Die pHKP und Soziotherapie gesondert aufführen, da keine Heilmittel. Bei der Aufstellung des Gesamtbehandlungsplans sind die Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz (Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, die Analyse,

				Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege) zu beachten.
§11	Abs. 1		Die Übernahme der Koordination durch psychiatrische Pflegefachpersonen sollte möglich sein (z.B. wenn Krankenhaus den Bezugsarzt stellt)	

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

BFLK e.V.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

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

<b>Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (dgsp)</b>				
<b>21.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				
4	3	GKV-SV		
4	3	KBV		
6	1	KBV/DKG		
1	3	KBV/PatV	Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeut	Beide Berufsgruppen sollten diese Funktion übernehmen können. Dabei soll die Kontinuität und Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung berücksichtigt werden
1	3		Das Ziel dieser Richtlinie soll durch folgende Maßnahmen erreicht werden: 1. Förderung der Fähigkeit des Patienten zur selbstbestimmten Teilnahme an der Behandlung	Die Formulierung „unter Einbeziehung des Patientenwillens“ erscheint zu wenig die Patientenperspektive zu berücksichtigen
2	2	KBV/DKG/PatV	Es liegt eine psychische Störung aus dem V. Kapitel des ICD -10 oder seiner Folgefassungen vor	Auf die Aufzählung einzelner Störungen sollte verzichtet werden, denn grundsätzlich können alle schweren psychischen Störungen bei chronischem Verlauf einen komplexen Hilfebedarf bedingen. Auch die Folgefassungen wie ICD-11 sollen gelten

2	3	KBV	.....: a) das Mini-ICF-Rating ... b) die GAF-Skala	Ein unspezifisches Universalinstrument wie die GAF kann nur eine globale Einschätzung erlauben; für die Versorgungsplanung wird eine spezifischere Erfassung gem. ICF erforderlich sein
3	3		Zur Teilnahme .... sind berechtigt: 1. .... 2. .... 3. Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag gem. SGB V, § 111	Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag können eine wichtige Funktion übernehmen im Übergang von ambulanten zu stationären Versorgungsformen und in der fachlichen Koordination übernehmen. In der vorliegenden Fassung nur in § 3, Abs. 5 vorgesehen
4	10	KBV/PatV	Ärztinnen oder Ärzte oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, die die Patientin oder den Patienten zum Zeitpunkt des Beginns der Versorgung bereits behandeln, sollen zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in die koordinierte Versorgung einbezogen werden	Wir möchten diesen Aspekt betonen.
5	1	KBV/PatV	Die Bezugsärztinnen oder Bezugsärzte oder die Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten ....	Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen können in gleicher Weise diese Funktion übernehmen (dies inkludiert auch den neuen Heilberuf des Psychotherapeuten/psychotherapeutin nach dem neuen Direktstudium)
6	1	KBV/DKG	Die Koordination der Versorgung ... erfolgt durch: die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. Teile der Koordinationsaufgabe können entsprechend	Die Gruppe der Berufsbetreuer wurde bislang nicht als Teilnehmer am Versorgungsnetzwerk aufgeführt, könnte aber Koordinierungsaufgaben übernehmen

			der berufsrechtlichen Vorgaben an Personengruppen nach Abs. 2 oder an andere Netzmitglieder (z.B. auch Berufsbetreuerinnen oder Berufsbetreuer) übertragen werden.	
7	10	KBV	Patientenorientierte Fallbesprechungen sollten in der Regel unter Beteiligung der Patientin/des Patienten erfolgen	Die aktive Mitwirkung der Patientin/des Patienten soll gefördert werden, Ausnahmen sollten begründet werden.
9	1		Im Rahmen des Assessment erfolgt eine psychische, somatische und soziale Erstdiagnostik durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3, 1- 5. Dabei wird das Vorliegen gemäß der Kriterien gem. § 2, 1 – 3 überprüft.	Bei Erstdiagnostik durch einen (Psychologischen) Psychotherapeuten soll eine begleitende fachärztliche somatische Diagnostik erfolgen. Vorbefunde können dazu eingeholt werden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Für die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans soll eine Diagnostik gem. ICF erfolgen. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans ist der Patient/die Patientin mit ihren/seinen Interessen und Wünschen einzubeziehen.
10	1 - 3		Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut	
11		KBV	Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut	Der Schutz der persönlichen Daten des Patienten ist auch in der koordinierten Versorgung zu gewährleisten
13	1 und 2		Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut	
13	2	KBV	Sind die Therapieziele erreicht ... soll der Patientin oder dem Patienten eine	„überführen“? Das klingt nach Bürokratie und Institutionsperspektive anstelle einer

			Weiterbehandlung im Rahmen der Regelversorgung angeboten und ermöglicht werden.	Patientenperspektive. Das Selbstbestimmungsrecht des Pat. ist zu beachten.
--	--	--	---	--

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (dgsps)		
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"/>

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

<b>Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) e.V.</b>				
<b>24.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Ausführung: „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können <b>sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf</b> haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. Psychosomatisch erkrankten Menschen mit zusätzlichem psychiatrischem Behandlungsbedarf soll der Zugang zu Leistungen der Richtlinie nicht verwehrt werden.
1	2.1	<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu „bundesweit“	Eine <b>länderübergreifende Versorgung</b> kann insbesondere in landesgrenznahen Bereichen sinnvoll sein.
1	2.3	<b>KBV/DKG/GKV-SV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Aufnahme des Satzes: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten.“	Der Grundsatz „ <b>ambulant vor stationär</b> “ besteht seit der Psychiatrie-Reform der 70er Jahre. Die neu entstehende Richtlinie beschreibt eine Versorgungsform zwischen „einfacher“ vertragsärztlicher und stationärer Versorgung. Für eine (teil-)stationäre Behandlung sind die hier angewendeten Kriterien nicht bindend. Es kann

				<p>der Umstand eintreten, dass Patienten stationär (und damit intensiver als in dieser Richtlinie beschrieben) behandelt werden, die nicht der Kategorie „schwer psychisch krank“ zuzuordnen sind oder bei denen kein komplexer Behandlungsbedarf besteht. Hier muss die hierarchische Logik einer gestuften Versorgung verdeutlicht werden.</p> <p><b>Für die Anwendung einer Behandlung nach der Richtlinie sollte die Möglichkeit der Verhinderung und Vermeidung stationärer Aufenthalte eine Einschlussmöglichkeit darstellen.</b></p>
1	3.2		<p><b>Ergänzung des Satzes:</b>  „...Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs, ...“  Durch  <b>„...diagnostische und differentialdiagnostische Aspekte müssen eingehend und im Behandlungsverlauf evaluiert werden und zwingend mit einer Behandlungsplanung verknüpft sein.“</b></p>	<p>Ziel ist die zeitnahe Versorgung der Patienten. Dafür <b>müssen diagnostische Aspekte in eine Behandlungsplanung und -durchführung münden</b> und können nicht getrennt betrachtet werden.</p>
1	3.4	<b>KBV/PatV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Formulierung:  „Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugpsychotherapeutin oder einen Bezugpsychotherapeuten.“</p> <p><b>Ergänzung durch:</b>  <b>„Patientenzentrierte Koordinierungsaufgaben im Rahmen des individuellen Gesamtbehandlungsplans können an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, mit denen der</b></p>	<p>Beide Ebenen der Versorgung müssen bedacht werden:  <b>Patientenzentriert</b> muss nach der Diagnostik erfolgen und wenn indiziert, die Behandlung geplant und durchgeführt werden. Dies verantwortet der Bezugsarzt oder -therapeut, die Koordination der Maßnahmen ist keine ärztliche Aufgabe und kann durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter in enger Abstimmung mit dem Arzt/Therapeuten erfolgen.</p>



			<p><b>Bezugsarzt/-therapeut in engem fachlichem Austausch steht.</b> Sowie: <b>„Darüber hinaus bedarf es der Koordination im Rahmen des Netzverbundes in einer Region, der Koordination von Versorgungsangeboten und qualitätssichernden Maßnahmen. Hierfür muss ein Netzwerkkoordinator eingesetzt werden.“</b></p>	<p>Das <b>regionale Versorgungsnetz</b> entsteht und entwickelt sich durch die Vernetzung der unterschiedlichen Versorger. Diese Vernetzungs- und Koordinationsaufgabe muss festgelegt und durchgeführt werden.</p>
2	1	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Ausführung: „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</p>	<p>Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können <b>sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf</b> haben. Oft gibt es Überschneidungen. <b>Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme.</b></p>
2	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Formulierung: „Es liegt eine psychische <b>Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99)</b> des ICD-10-GM vor.“</p>	<p>Die Nennung einzelner Diagnosen erübrigt sich, da eine <b>Diagnose allein grundsätzlich keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf</b> und die Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen gibt. Bei den im Vorschlag des GKV-SV nicht genannten Diagnosen handelt sich um solche, die durch kurze und abgestimmte Komplexbehandlung in bestimmten Konstellationen ressourcensparend versorgt werden können. Dies trifft insbesondere für die F0-Diagnosen. Besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung können durch ein multiprofessionelles ambulantes Versorgungsangebot stationäre Einweisungen</p>

				<p>vermieden werden. Die wenig etablierte Versorgung in MZEB kann somit niedrigschwellig durch das hier beschriebene Versorgungsangebot ersetzt werden. Nicht nachvollziehbar ist, warum insbesondere die Diagnosen F23 und F24 nicht enthalten sein sollten, denn gerade hier kann schnelles und abgestimmtes Behandeln Krankheitsverläufe verkürzen und Leid für Betroffene und Angehörige minimieren. Bei vielen Diagnosegruppen, die nicht primär den „schweren psychischen Erkrankungen“ zugerechnet werden (z. B. F32.1) besteht wegen Komorbiditäten (z. B. sog. Achse 2-Störungen) auch besonderer Behandlungsbedarf, weil erhebliche psychosoziale Defizite eine Teilhabe am sozialen Leben verhindern und somit zur Chronifizierung beitragen. Die Versorgung durch diese Richtlinie kann dies verhindern.</p> <p>Auch die F45-Diagnosen (somatoforme Störungen) dürfen nicht fehlen.</p>
2	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG	<p>Da der GAF-Wert das psychosoziale Funktionsniveau nicht ausreichend abbildet, soll die Anwendung des Mini-ICF bindend erfolgen. <b>Insbesondere psychosoziale Defizite, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen, sind für die Erschwernisse des Patienten verantwortlich, die passgenaue und leitliniengerechte Behandlung zu erhalten.</b> Deswegen sollte die Identifizierung dieser Defizite mittels eines geeigneten Instrumentes erfolgen, wie es der Mini-ICF ist. Insbesondere in der Transitionsphase bei jungen Erwachsenen kommt diesem Umstand besondere Bedeutung zu.</p>

3	1	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG/PatV	Da in der Folge Facharztbezeichnungen aufgeführt werden, ist die Reihenfolge der Nennung hier logischer.
3	1.5	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie	<p><b>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie haben in ihrer Facharztausbildung mindestens ein Jahr Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet.</b> Menschen mit neurologischen Erkrankungen haben eine <b>hohe Komorbidität mit psychischen Erkrankungen. Hirnorganische Veränderungen</b> sind die Ursache vieler schwerer psychischer Erkrankungen.</p> <p>Die Teilnahme von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie an den Netzwerken ist von großem Vorteil, da die Netzwerke dadurch leistungsfähiger werden und Überweisungen an Neurologinnen und Neurologen außerhalb des Netzes entfallen können.</p> <p>Der Satz 5 sollte zum Satz 4 werden, um die logische Reihenfolge der Facharztgebietsbezeichnungen fortzusetzen.</p>
3	2	<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>Ablehnung</b> des Vorschlages	Satz 2 regelt die Teilnahme bereits umfänglich. Eine Kooperation mit psychiatrischen Kliniken (und implizit auch Abteilungen von Krankenhäusern) ist an anderer Stelle verpflichtend formuliert. Die PIA als Abteilung eines Krankenhauses oder Fachabteilung ist somit Bestandteil der Kooperation und es bedarf keiner gesonderten Regelung. Die Ausgestaltung des Kooperationsvertrages obliegt den Vertragspartnern im Netz und soll sich flexibel den bestehenden regionalen Gegebenheiten anpassen.

3	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu „keine Übernahme“	<b>Psychiatrische und psychosomatischen Institutsambulanzen haben einen subsidiären Versorgungsauftrag.</b> Kooperationsverträge werden nicht mit den PIA/PsIA, sondern mit der entsprechenden Klinik geschlossen. Nur im Ausnahmefall können Fachärzte aus PIA/PsIA-Einrichtungen von Krankenhäusern behandlungsleitend im vertragsärztlichen Versorgungsbereich tätig werden. Hierzu müssen Verträge mit bindender Nennung des in der PIA/PsIA tätigen teilnehmenden Facharztes der genannten Fachrichtungen getroffen werden. Die verbindliche Zusammenarbeit der einzelnen Ärzte und Therapeuten individuell mit dem Patienten ist das Kernelement dieser Richtlinie. Hierfür sollen die bestehenden vertragsärztlichen Versorgungselemente vernetzt werden. Die PIA/PsIA stellt eine Versorgungsform einer Klinik oder Abteilung einer Klinik dar, die ambulante Versorgung subsidiär und mit Ressourcen der Klinik leistet. Eine Kooperation mit der Klinik oder Fachabteilung in einer Region ist erforderlich, die PIA/PsIA kann aber strukturell der vertragsärztlichen Versorgung nicht gleichgestellt sein.
3	4.3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.“	Diese Formulierung definiert die Qualifikation der Plegefachpersonen praxisnäher.
3	5	<b>KBV/GKV-SV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Streichung	In der Richtlinie wird nicht die Regelversorgung, sondern die koordinierte Versorgung mit den

				Mitteln der Regelversorgung beschrieben. Die berufsrechtliche Regelung bleibt unbenommen.
4	1	<b>KBV und KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> zu den Formulierungen:  „...ist die Bildung eines wohnortnahen, berufsgruppenübergreifenden Netzverbundes mit Kooperationspartnern.“</p> <p>„...gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen, <b>psychosomatischen</b> oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</p>	<p>Diese Formulierung hat die bessere Präzision.</p> <p>Ergänzung des Begriffs „psychosomatischen“  Siehe Begründung zu § 1 Absatz (2) Satz 1</p>
4	2	<b>KBV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur KBV-Position - der Absatz soll lauten:  „(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem regionalen Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten in einem patientenindividuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“</p>	<p>Diese Formulierung bietet den größtmöglichen <b>Praxisbezug.</b></p>
4	3	<b>KBV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zum Vorschlag der KBV</p>	<p>Ein funktionierendes Versorgungsnetz muss eine kritische Größe haben, um die notwendige Vielfalt an Versorgung und „Spezialisierung“ in einer Region abbilden zu können.</p>

				<p>Hier wird nicht die Regelversorgung beschrieben, sondern ein Versorgungsangebot für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf. Ein Arzt und auch 5 Ärzte können alleine die Struktur für alle Besonderheiten der vernetzten Versorgung nicht bilden und aufrechterhalten. Hinzu kommt die Besonderheit, dass manche Ärzte durch ihre psychotherapeutische Tätigkeit neben der psychiatrischen Arbeit eine vergleichsweise niedrige Patientenzahl versorgen. Auch diesen Ärzten muss es möglich sein, Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf ihren Bedürfnissen entsprechend zu versorgen. Anderenfalls entsteht ein Flaschenhals in der Versorgung, wo eigentlich niedrigschwelliger Zugang erfolgen sollte.</p>
4	4	<p><b>GKV-SV</b></p> <p><b>KBV/DKG</b></p>	<p><b>Ablehnung der Position des GKV-SV</b></p> <p><b>Zustimmung zur KBV/DKG-Position</b></p> <p>Der Absatz soll lauten:  „Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</li> </ol>	<p>PIA/PsIA als subsidiäre Versorgungsform und strukturelle Einheit einer Klinik sowie deren Einbezug im Rahmen von Kooperationsverträgen ist an anderer Stelle festgelegt.</p> <p>Schlanke und schlichte Beschreibung der Bedingungen wird befürwortet, um sie den regionalen und schon bestehenden strukturellen Bedingungen anpassen zu können.</p>

			<p>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</p> <p>Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche Leistungsinhalte können vereinbart werden.</p> <p>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	5.2	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Formulierung: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen.“</p>	<p>Diese <b>Formulierung ist dann kongruent zu § 3 Absatz (4) Satz 3.</b></p>
4	5.7	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Aufnahme „Suchtberatungsstellen“</p>	<p>Der Zugang zu Einrichtungen der Versorgung von Suchtkranken ist sinnvoll und ist in der Regelversorgung zu wenig berücksichtigt. Die</p>

				Zusammenarbeit insbesondere mit Suchtberatungsstellen erleichtert einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung der Menschen mit entsprechenden Erkrankungen und dem beschriebenen Behandlungs- und Versorgungsbedarf.
4	6	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung zu „keine Übernahme“</b>	Eine qualifizierte Entzugsbehandlung bildet nur einen begrenzten Teil der Behandlung eines Patienten mit einer Suchterkrankung ab. Umfassende sozialmedizinische Interventionen, Motivationsarbeit zur Entgiftung, Entwöhnung sowie dem Abstinenzertalt und der Nachsorge sowie die Behandlung der psychiatrischen und v. a. somatischen Komorbiditäten stellt eine hohe koordinative Aufgabe dar.
4	7	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung zur KBV-Position</b> Der Absatz soll lauten: „Die Netzverbundverträge nach § 4 Abs. 1 und die Kooperationsverträge nach § 4 Abs. 4 sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie ist durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dem Netzverbund eine Genehmigung zur Teilnahme durch seine Mitglieder und Kooperationspartner an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu erteilen.“	Die KVen verfügen über ihre Zuständigkeiten für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsebene über das entsprechende Verfahrens-Know-How. Sie können auf Grund ihrer Position ggf. auch unterstützend tätig werden.
4	8	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung zu „keine Übernahme“</b>	Es soll im Rahmen der Richtlinie <b>so bürokratiearm wie möglich</b> gearbeitet werden können.
4	9	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung zur KBV-Position</b> Der Absatz soll lauten:	Die Angebote der vertragsärztlichen Regelversorgung können <b>bereits jetzt über</b>



			„Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit.“	<b>geeignete moderne Medien über die Kassenärztliche Vereinigung</b> des Bundeslandes eingesehen werden. Die Abbildung der Netzverbände stellt hier eine <b>sinnvolle Ergänzung</b> dar.
4	10	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	Der Zugang zur Versorgung gemäß der Richtlinie darf nicht dazu führen, dass betroffene Personen sich gegen eine bereits etablierte und kontinuierliche Behandlung entscheiden müssen. Zudem ist es kontraproduktiv, in diesem Fall einen Wechsel der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeuten vornehmen zu müssen. In der Position der KBV ist eine knappe und präzise Formulierung gewählt.
5	Titel	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV Ergänzung: „... Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und Behandlungsteam“	siehe vorangegangene Erläuterungen zum selben Thema
5	1	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	In den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie (historisch zusammengefasst Nervenheilkunde) gibt es viele <b>Symptomüberschneidungen</b> insbesondere bei neurologischen Erkrankungen mit psychischen Symptomen (z. B. degenerativen Hirnerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Entzündungen usw.) und diese <b>gehen einher mit derselben Gefahr der Eskalation der psychischen Erkrankung, der Chronifizierung der Symptome und dem Verlust des psychosozialen Funktionsniveaus.</b> Aufgrund der Überschneidungen hat sich in den

				<p>Weiterbildungsordnungen die <b>verpflichtende Ableistung der 12-monatigen Weiterbildungszeit im Komplementärfach</b> etabliert. Somit können auch Neurologen Bezugsärzte im Rahmen der Richtlinie sein, siehe auch frühere Begründungen.</p> <p>Satz 5 kann zu Satz 4 werden, somit wären die Gebietsbezeichnungen der Fachärzte fortlaufend aufgeführt, danach erfolgt die Nennung der Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten.</p>
5	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	<p>In der Regel wird <b>bereits in der Eingangssprechstunde ein Arbeitsbündnis zwischen Bezugs-Netzmitglied und der behandlungssuchenden Person</b> aufgebaut. Nicht selten hängt bei krankheitsbedingt eingeschränkter Behandlungsbereitschaft diese von der Fortführung der Behandlung durch den die Eingangssprechstunde durchführenden Arzt bzw. Therapeuten ab.</p>
5	3	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	<p>Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war, die <b>Abläufe in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch verbindliche Kooperationsregeln zu verbessern</b>.</p> <p>Ziel ist die <b>zeitnahe Versorgung im Lebensumfeld des Patienten</b>. Dafür nutzt der Bezugsarzt/-therapeut die Strukturen des bestehenden Versorgungsnetzes. Die <b>Hinzuziehung weiterer Akteure</b> außerhalb des Kern-Netzes mit dem Patienten im Mittelpunkt <b>folgt individuellen patientenabhängigen Erfordernissen</b>.</p>

5	4	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG Ergänzung „Bezugstherapeutin/ Bezugstherapeut“	In dieser Formulierung wird die Regelung bereits klar beschrieben. Die Beschreibung der Aufgaben im Versorgungsnetz ist in §7 geregelt.
5	5	<b>KBV/PatV</b>	<b>Aufnahme der Formulierung:</b> ...“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt...	Siehe frühere Begründungen
6	1.1	<b>KBVDKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu Position der KBV/DKG	Die Gesamtverantwortung hat der Bezugsarzt/-therapeut – die Koordination als nichtärztliche Leistung kann delegiert werden – enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, die delegierbare Leistungen erbringen, vermindert Zeit- und Informationsverlust. Dies gilt sowohl für den Beginn der koordinierten Behandlung als auch für Veränderungen und Entwicklungen im Verlauf im Rahmen dieser Behandlungsform und die Beendigung der intensivierten Behandlung. <b>Einer zusätzlichen Einführung einer nichtärztlichen koordinierenden Person bedarf es nicht.</b>
6	1.2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG: keine Übernahme	
6	1.3	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von GKV-SV/KBV/DKG: keine Übernahme	
6	2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> der KBV-Position Formulierungs-Vorschlag: Der Absatz sollte lauten: „Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen: Diese sollten über eine fachspezifische	Es ist nicht sinnvoll, nur Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie Pflegefachpersonen zuzulassen, die bereits einen Vertrag abgeschlossen haben. Dies würde diesen Teil der Versorgung davon abhängig machen, ob in der Region überhaupt ein solches Vertragsangebot besteht. In Frage kommende Personen, die

			<p>Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Fachangestellte,</li> <li>2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>3. Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen,</li> <li>4. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß 132a Absatz 4 SGB V erbringen.</li> </ol>	<p>keinen Vertrag abgeschlossen haben, würden damit ausgeschlossen.</p>
6	2	<b>GKV-SV/PatV</b>	<p><b>Dieser Vorschlag wird abgelehnt:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</li> <li>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,</li> <li>7. Pflegefachpersonen,</li> <li>8. Psychologinnen und Psychologen</li> </ol>	<p><b>Die genannten Berufsgruppen verfügen nicht über Kenntnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen.</b>  Spezifische Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sind erforderlich, um mit dieser besonders vulnerablen Patientengruppe in den hier beschriebenen Sonder-Situationen zu arbeiten. Dafür bedarf es neben der <b>Berufserfahrung mit der Patientengruppe spezifischer Weiterbildungen und Qualifikationen neben der und zusätzlich zur erworbenen Grundausbildung.</b></p>

6	3	<b>GKV-SV</b>	<b>Ablehnung</b> des Vorschlages: „Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“	<b>Diese Regelungstiefe ist nicht erforderlich.</b> Für die Gestaltung der Aufgaben in einem regionalen Netzverbund und im individuellen Versorgungsnetz für einen Patienten muss ausreichend Gestaltungsspielraum zur Verfügung stehen. <b>Starre Stundenangaben verhindern und erschweren die notwendige Ausgestaltung des Versorgungsnetzes.</b> Die Indikationsstellung und Koordinierungsverantwortung liegt bei dem Bezugsarzt oder Bezugstherapeuten des Patienten und dieser muss dafür Sorge tragen, dass auch genügend Koordinationsressourcen zur Verfügung stehen.
7	1	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV  „...als Netzmitglieder oder Kooperationspartner“	Die Formulierung dient der Verdeutlichung und dem Verständnis der beschriebenen Prozesse.
7	1.2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	Zustimmung zu dieser Position	Die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen zu organisieren ist ein entscheidender Vorteil der Versorgung innerhalb der Richtlinie gegenüber der Regelversorgung.
7	1.3	<b>GKV/PatV</b>	<b>Ablehnung</b> Die Formulierungsvorschläge von GKV-SV und PatV können entfallen.	In der Beschreibung des Behandlungspfades ist der Ablauf schon enthalten.
7	1.5	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zum Formulierungsvorschlag von KBV und DKG	
7	1.7	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV/DKG	Diese Position ermöglicht die <b>flexibelste Nutzung regionaler Gegebenheiten.</b> Die Entwicklung von Parallelstrukturen wird nicht provoziert und die bestehenden Ressourcen werden nutzbar gemacht.

7	1.8	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV/DKG keine Übernahme	Textpassage ist überflüssig, da Netzstruktur mit dem Ziel entsteht, zeitnahe und indikationsgerechte Versorgung zu ermöglichen.
7	1.9	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position	Die Entwicklung eines Versorgungsnetzes soll flexibel durch die Nutzung der regionalen Gegebenheiten ermöglicht werden. Ein bestehender Netzverbund muss die Möglichkeit der <b>Weiterentwicklung</b> haben. Dies ist <b>prozessbegleitend</b> erforderlich. <b>Netzverbundkonferenzen haben sich bereits in der Praxis als essentiell erwiesen.</b>
7	1.10	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position	Patientenorientierte Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat fest vorzuschreiben, wie der GKV-SV vorschlägt, ist eine zu starre Regelung.
7	1.12	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	
7	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> der Position von KBV/DKG	Diese Position enthält die in der vertragsärztlichen Versorgung vorgehaltenen und zukünftig auch in der Regelversorgung zur Verfügung stehenden Strukturelemente.
7	4	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	siehe Begründung zu §1 Absatz 3.4 <b>Vorerfahrungen</b> zur Koordination von Netzverbänden von Organisationen im Rahmen von Selektivverträgen oder durch den Innovationsfond geförderten Versorgungsprojekten sollen einbezogen werden. <b>Eine digitale Plattform über die KBV/Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erleichtert die Prozesse.</b>
8	1	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position	Der Zugang sollte in der Regel per Überweisung erfolgen, aber auch durch eine Empfehlung

				möglich sein. Niedrigschwelligkeit ist insbesondere beim Zugang zu dieser Versorgung von Bedeutung, da krankheitsbedingt, wie schon vielfach beschrieben, insbesondere der hier genannten Patientengruppe Zugang zu indikationsgerechter Versorgung erschwert ist. Deswegen entsteht diese Richtlinie.
8	1	<b>GKV-SV</b>	<b>Ablehnung</b> der Position des GKV-SV	siehe obige Begründung
8	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	<b>Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligte müssen eine Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können.</b> Erfahrungsgemäß werden das in der Regel Teilnehmende mit Bezug zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein. <b>Eine Einschränkung auf wenige Facharzt-Gruppen ist insbesondere bei dem Ziel, schnelle und niedrigschwellige Versorgung zu ermöglichen, nicht plausibel.</b> Im Übrigen wäre bei Übernahme der Position des GKV-SV eine Überleitung einer Behandlung in der Transitionsphase durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht möglich. Es muss allen an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten Ärzten und Psychotherapeuten möglich sein, eine Empfehlung/Überweisung vorzunehmen.
8	3	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	Diese intensivierte Versorgungsform bedarf umfassender Kenntnisse über medizinisch-psychiatrische, psychotherapeutische sowie sozialmedizinische Aspekte der Akutversorgung, der Rehabilitation und Prävention, aber auch der rezidivprophylaktischen Maßnahmen. Da im Rahmen einer stationären Behandlung alle diese

				<p>Aspekte fachärztlich supervidiert zusammengeführt werden müssen, kann die Empfehlung über die weitere Behandlung insbesondere durch die hier beschriebene intensiviertere Form nur fachärztlich erfolgen. Die Entlassung aus einer Klinik im Rahmen des Entlassmanagements nach §39 Absatz 1a SGB V regelt die Entlassung aus einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Behandlung in die Regelversorgung. <b>Die Indikation für die hier beschriebene komplexe Versorgungsform für schwer kranke Patienten bedarf einer besonderen Indikationsstellung und ist damit klarer als im §39 Absatz 1a SGB V festgelegt eine originär fachärztliche oder psychotherapeutische Aufgabe.</b></p>
8	4	<b>GKV-SV/PatV</b>	<p><b>Ablehnung</b> dieser Position wird abgelehnt, deshalb „keine Übernahme“  <b>Änderungsvorschlag:</b>  „Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.“</p>	<p>Einer solch kleinteiligen Regelung bedarf es nicht. Es versteht sich von selbst, dass man bei Empfehlung auch mitteilt, wo das Angebot umgesetzt werden kann.</p>
8	5	<b>DKG/KBV/PatV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Position von DKG, KBV und PatV.  Ablehnung des Vorschlages des GKV-SV</p>	<p>Die Position des GKV-SV mit der Forderung einer <b>Frist von 3 Tagen nach Empfehlung ist zu eng</b> gefasst, wenn diese regelhaft erfolgen muss. Patientenbezogene Bedingungen, die eine Terminwahrnehmung innerhalb von 3 Tagen</p>



				verunmöglichen, könnten dann ggf. einen Zugang verhindern.
8	6	<b>DKG/KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von DKG, KBV und PatV Ablehnung des Vorschlages des GKV-SV	<b>Die Regelung ist hier eindeutig und unmissverständlich beschrieben.</b> Die <b>Niedrigschwelligkeit</b> des Zugangs wird deutlich
9	1	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Formulierung der KBV Der Absatz soll lauten: „In der Eingangssprechstunde erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst-) Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach Absatz 1 Nummer 1 bis 5.  Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt.  Zudem wird die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut festgelegt. Die Wünsche bzw. Interessen der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.	Verweis auf vorangegangene Begründungen zum § 3 Abs. 1
9	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	Die zur Verfügung stehenden <b>Interventionen werden damit konkretisiert.</b>
9	3	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV, DKG und PatV Ablehnung der Position des GKV-SV	Die <b>Prüfung der Hilfen</b> nicht nur für Kinder, sondern auch von Angehörigen und anderen Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten ist sinnvoll, da es z. B. auch <b>pflegebedürftige oder schwerkranke erwachsene Angehörige</b> geben kann, mit deren Versorgung/Pflege eine Überforderung und Aufrechterhaltung der

				psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten einher gehen kann.
9	4-6	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position: „keine Übernahme“ Ablehnung der Position des GKV-SV	Regelungen an anderer Stelle Die Einschlusskriterien sind umfassend geregelt und müssen ohnehin dokumentiert werden.
9	7	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV/PatV: <b>Aufnahme des Satzes (7)</b>	Die <b>aufsuchende multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld</b> entspricht einem zentralen Patientenbedürfnis und muss ermöglicht werden. Gerade die <b>Berücksichtigung des Kindeswohls</b> ist besonders wichtig.
10	1	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	Diese Regelung ergänzt die im §1 Absatz 3.2.
10	2	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position Aufnahme der Ergänzung „...oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten zu erfolgen.“	siehe vorangegangene Begründungen zum Einbezug der approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
10	3	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von GKV-SV, KBV und DKG  <b>Ablehnung</b> der Position der PatV	Bei der <b>Nennung der weiteren Maßnahmen</b> zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um <b>notwendige Ergänzungen</b> , um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen. Die Position der PatV mit Einführung einer „koordinierenden Bezugsperson“ kann an dieser Stelle entfallen, da dies an anderer Stelle geregelt ist.
11		<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung zu dieser Position unter redaktionellem Einschluss</b> von „oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten“.	Praxisnahe Formulierung

12	2	KBV	<p><b>Zustimmung insbesondere zur KBV-Position.</b></p> <p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Nimmt ein Krankenhaus 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 Entlassungsbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten oder an ein anderes vom Netzverbund ausgewähltes Netzmitglied.“</p>	<p>Hier handelt es sich um eine praxistaugliche und gut verständliche Formulierung, die die Umsetzung der beabsichtigten Verbesserung des Übergangs im Rahmen des Entlassmanagements erleichtert.</p>
12	3	KBV	<p><b>Zustimmung insbesondere zur KBV-Position:</b></p> <p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„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 diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein</p>	<p>siehe Begründung zu §12 Absatz 2</p>

			Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung in der Eingangssprechstunde vereinbart. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen.“	
13	1	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung zur Position von KBV/DKG einschließlich Einfügung</b> „oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4 vorzunehmen.“	Die quartalsweise Überprüfung des Behandlungserfolgs ist praktikabel und sinnvoll.
13	2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung zur Position von KBV/DKG einschließlich der Einfügungen der KBV:</b> „...außerhalb der Richtlinie...“ sowie „...oder die Bezugstherapeutin oder Bezugstherapeut...“	Die Konkretisierung <b>verdeutlicht das Anliegen dieser Richtlinie</b> , keinesfalls wird die Regelversorgung reformiert. Diese besteht unverändert nach den bisher geltenden Gesetzen.
13	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV und DKG  Der Absatz soll lauten:  „Bei einer Behandlungsdauer im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie von länger als einem Jahr ist ein Assessment nach § 2 durch einen weiteren Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1, Nr. 1 - 5 aus dem Netzwerk, der nicht Teil des Behandlungsteams ist, durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit dem Behandlungsteam zu bewerten.“	Durch ein Re-Assessment kann flexibel die Überleitung in die Regelversorgung oder bei notwendiger Fortführung der Versorgung nach dieser Richtlinie die Evaluation der erfolgten Interventionen vorgenommen werden. Eine Optimierung des Behandlungsplanes kann so bei Bedarf auf den Weg gebracht werden.

Anlage	Leistungs- module	<b>KBV</b>	Zustimmung zu den Punkten 1-12	Die Punkte 1-12 sind Ergebnis bereits laufender Netzprojekte und haben sich bewährt. Sie werden individuell indikationsspezifisch angewandt.
--------	----------------------	------------	--------------------------------	--

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (BPM) e.V.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>

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

**Vereinigung analytischer Kinder und Jugendlichen Psychotherapeuten e.V. (VAKJP)**

Datum: 22. Januar 2021

Die VAKJP unterstützt im Wesentlichen die Position der KBV. Es wird nur Stellung zu den §§ genommen, in denen die VAKJP von dieser Position abweicht, bzw. um die eingenommene Position aus Sicht der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen in Ihrer Relevanz zu betonen.

§	Abs	Ggf. Position	Stellungnahme /Änderungsvorschlag	Begründung
2	2	<b>KBV/DKG/ PatV</b>		Damit wird die RiLI der Breite an schweren psychischen Erkrankungen und Komorbiditäten gerecht.
2	3	<b>KBV/DKG</b>		Aus der klinischen Erfahrung heraus wird die Beurteilung des Schweregrads durch die GAF (Global Assessment Functioning Scale) und das Mini-ICF für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen empfohlen.
4	1		Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines <b>regionalen, berufsgruppenübergreifenden</b> Netzwerkverbundes mit Kooperationspartnern.	Örtliche Nähe ist wichtig für eine gute Kooperation. Ein Wohnortbezug kann nur in Hinblick auf den/die Patient*in erfolgen, deshalb an dieser Stelle besser „regional“.
4	2		Die Versorgung der Patient*innen erfolgt <b>nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem wohnortnahen Netzwerkverbund</b> . Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin, eines Bezugsarztes <b>oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten</b> in einem	Auf den/die individuelle Patient*in bezogen, sollten die Versorgungsangebote möglichst <i>wohntnah</i> sein.

			individuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringern.	
4	5	Im Wesentlichen <b>KBV</b>	<p><b>Ergänzung:</b> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, soweit sie schon vorher in die Behandlung der/des Patient*in miteinbezogen waren</p> <p>(Erläuterung: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen haben eine Approbation für die Behandlung bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und können in begründeten Ausnahmefällen auch darüber hinaus behandeln. Siehe Psychotherapie-RiLi §1, Abs 4: "Im Sinne dieser Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und jugendliche Personen, die 14 Jahre, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann."</p>	<p>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sollten wie bisher Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf bis zum 21 Lj. behandeln dürfen. Für die Versorgung macht es keinen Sinn, wenn diese Patient*innengruppen durch konkurrierende Richtlinien zu einem Wechsel des Behandlers gezwungen würden. Sinnvoll ist, wenn z.B. ein jugendlicher Patient im Alter von 15 Jahren mit mehreren psychotischen Episoden und die Bezugspersonen (Ärzte, Eltern, Lehrer, Jugendhilfe usw.) sich weiterhin darauf verlassen können, dass er auf dem Hintergrund einer vertrauensvollen Beziehung und einem gewachsenen Arbeitsbündnis die Zusammenarbeit mit der oder dem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in fortführen kann, der/die auch bisher behandelt hat. (→ Behandlungskontinuität und Patientenwille). Unnötige Hürden und Verunsicherungen sind unbedingt zu vermeiden. Transitionspsychotherapeutische Expertise ist bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen regelhaft gegeben.</p> <p>KJP haben schon seit Jahrzehnten Erfahrungen in der vernetzten Arbeit mit Eltern, Bezugspersonen, der Jugendhilfe, Lehrern, Beratungsstellen, Kinder und Jugendpsychiatern usw.</p> <p>Anschließend an die bisherige Versorgung macht es Sinn, wenn die niedergelassenen KJP von der berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgung profitieren können und nicht nur unter bestimmten Umständen hinzugezogen werden können. KJP sind ein eigenständiger Heilberuf in der Niederlassung mit niederschwelligem Zugang, hier sollten keine Hürden oder Formalitäten aufgebaut werden.</p>

				KJP müssen im Rahmen dieser RLi auch weiterhin die Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf verantwortlich behandeln dürfen.
5	1	Im Wesentlichen <b>KBV</b>	Ergänzung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen unter 4.	Eine Mitbeteiligung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen wäre sowohl unter dem Aspekt der Weiterbehandlung von jungen Erwachsenen als auch unter dem Aspekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ sinnvoll – deren Belange so eher mitgedacht werden.
5	2	<b>PatV</b>		
5	3	<b>KBV</b>		Zu §5: Für die VAKJP gilt der Leitgedanke: Es koordiniert sinnvollerweise die- bzw. derjenige, die bzw. der die erforderliche und notwendige Fachkompetenz für den Behandlungsfall mitbringt!
5	4	<b>KBV</b>		
5	5	<b>KBV</b>		
6		<b>KBV</b>		
7	4	Im Wesentlichen <b>KBV</b>	Ergänzung: Zur Erreichbarkeit schlägt die VAKJP die Praxiszeiten der Behandler und darüber hinaus den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Tel.: 116 117 vor.	
9	1		Die VAKJP fordert unter (1), dass auch Psychotherapeut*innen das Eingangsassessment übernehmen können.	Vermeidung von Versorgungsengpässen: Insbesondere in der ländlichen Versorgung entsteht andernfalls ein unnötiges Nadelöhr mit langen Wartezeiten für Patient*innen.
13	1 (3)	Im Wesentlichen <b>KBV</b>	Veränderung: Zweites Assessment bei Behandlungsdauer länger als zwei Jahre. Das neu eingeführte Instrument des zweiten Assessments sollte evaluiert und nach einem Zeitraum von 5 Jahren insgesamt überprüft werden.	Zweites Assessment bei einem Mitglied des Netzverbundes: Ein solches Instrument gab es bisher in der Versorgung nicht und könnte Sinn machen. Der Zeitraum von einem Jahr wirkt aus der klinischen Erfahrung für die adressierten Patient*innengruppen allerdings sehr engmaschig. Schlimmstenfalls ist dieses Procedere mit erhöhtem Bürokratieaufwand verbunden. Auch diese Patient*innen müssen sich auf das Behandlungsangebot verlassen können.

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021



**Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten**

Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen. Bitte senden Sie uns eine Einladung.

## Stellungnahme der Fachgruppe Psychosoziale Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie zum vierten Dialog-Forum „Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation“

Personenzentrierte Versorgung, Vernetzung und Kooperation sind nach Einführung des Bundesteilhabegesetzes zentrale Elemente in der Rehabilitation und in der Eingliederungshilfe. Das Sozialgesetzbuch IX sieht diese Elemente für alle Rehabilitationsträger, zu denen auch die Gesetzliche Krankenversicherung gehört, vor. Die Erfahrungen in der Rehabilitation und der Eingliederungshilfe zeigen, dass insbesondere Menschen, die aufgrund starker Beeinträchtigungen einen hohen Teilhabebedarf haben, von einer personenzentrierten, vernetzten Versorgung, in der sowohl die Leistungserbringer wie die Leistungsträger miteinander kooperieren, profitieren.

### Aktuelle Formen und Perspektiven sektorübergreifender Behandlung

#### Medizinische Versorgungszentren und Psychiatrische Institutsambulanzen:

Im Sozialgesetzbuch V gibt es mehrere Möglichkeiten, eine personenzentrierte und vernetzte Versorgung zu entwickeln. Dazu gehören beispielhaft die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 SGB V und die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 118 SGB V, in denen multiprofessionelle Teams arbeiten.

Sowohl die Medizinischen Versorgungszentren wie die Psychiatrischen Institutsambulanzen werden als Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung gesehen. Die ärztlichen Standesvertretungen sehen diese Angebote häufig noch als Konkurrenz, die die ärztliche Niederlassungsfreiheit in Frage stellen. Dies führte dazu, dass die gesetzlichen Regelungen für den Ausbau dieses Angebot sehr restriktiv gehalten sind, obwohl es mittlerweile in der Praxis häufig eine gute Kooperation zwischen MVZs und PIAs einerseits und Niedergelassenen andererseits gibt. Die PIAs können den Übergang vom stationären zu ambulanten Sektor fachlich gut gestalten und die Niedergelassenen in Krisensituationen entlasten. Deshalb ist es aus Sicht der Fachgruppe wünschenswert, wenn diese Angebote nicht nur als Ergänzung, sondern als Regelangebote gesetzlich normiert würden. Dabei sollten die PIAs insbesondere den Übergang von stationären in den ambulanten Sektor sicherstellen. Damit sie verstärkt mit Niedergelassenen kooperieren und vorhandene Leistungen miteinander vernetzen können, sind die Finanzierungen neu zu regeln, damit die Beteiligten ihre zur gleichen Zeit erbrachten Leistungen abrechnen können.

#### Vertragliche Vereinbarungen

Neben diesen institutionalisierten Kooperations- und Vernetzungsformen ermöglicht das SGB V den Beteiligten, neue Modelle der Vernetzung und der Kooperation zu erproben (§ 63 und § 64b SGB V), innovative Projekte zu implementieren (§ 92a SGB V) und sektorübergreifende Versorgung als integrierte Versorgung (§ 140 SGB V) vertraglich zu vereinbaren.

Der Gesetzgeber hat mit diesen Regelungen Möglichkeiten geschaffen, innovative Projekte zu erproben, dabei behalten sie aber ihren Projektcharakter, sie werden nicht Teil der Regelversorgung. Eine Studie der DGVT zu den neuen Versorgungsformen in der Psychotherapie belegt die Nütz-

lichkeit und Wirksamkeit dieser Angebote.<sup>1</sup> Problematisch ist beispielsweise bei der Integrierten Versorgung, dass die vereinbarten Leistungen nur von den Krankenkassen finanziert werden dürfen, die Vertragspartner des Leistungserbringers sind. Somit sind sie kein umfassendes Angebot für alle Versicherten. Vernetzung und Kooperation sollten aber keine Leistungen sein, die den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen befördern, sondern sie sollten, wenn sie sich modellhaft bewährt haben, Teil der Regelversorgung werden.

**Lösung:** Leistungen, die sich in den jeweiligen Modellen bewährt haben, sind, wenn sie zu einer wesentlichen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung beitragen, in die Regelversorgung überführt werden. Zur Klärung der Frage, ob sich Leistungen bewährt haben und zu einer wesentlichen Verbesserung führen, bedarf es angemessener Kriterien.

### **Stationsäquivalente Behandlung nach § 115d SGB V**

Die DGVT hat im Rahmen ihrer Mitarbeit im Arbeitskreis Soziale Psychiatrie beim Paritätischen einem Eckpunktepapier zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)<sup>2</sup> zugestimmt. Diese Stellungnahme beschreibt die Möglichkeiten und Grenzen dieses Angebotes. Home-Treatment kann die Behandlungssituation und die Compliance gerade von chronisch psychisch erkrankten Menschen wesentlich verbessern. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass der Spitzenverband GKV, die VPK und die DKG zum 31.12.2021 einen gemeinsamen Bericht zu den gemachten Erfahrungen mit dieser gesetzlichen Regelung vorzulegen haben. Dieser Bericht muss Grundlage für die Weiterentwicklung dieser gerade für chronisch psychisch kranke Personen wichtige Leistung sein.

### **Ambulante, abgestimmte multiprofessionelle Hilfemixe, aus einer Hand bzw. koordiniert, wie aus einer Hand (Komplexleistungen)**

Nach § 27 Abs. 1 Satz 4 SGB V ist bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch erkrankter Person Rechnung zu tragen. Psychisch erkrankte Personen benötigen oftmals einen Mix aus unterschiedlichen Behandlungen und aus Teilhabeleistungen nach SGB IX – oder bei Kindern und Jugendlichen nach SGB VIII. In der Frühförderung von Kindern hat sich grundsätzlich die Komplexleistung nach § 46 SGB IX bewährt. Nach dieser Regelung vereinbaren die unterschiedlichen Rehabilitationsträger, wie sie die notwendigen Leistungen gemeinsam wie aus einer Hand erbringen. Eine entsprechende Regelung sollte für die Behandlung von psychisch kranken Menschen im SGB V beispielsweise als § 116c SGB V eingeführt werden. Im § 116b SGB V werden ambulante spezialfachärztliche Leistungen für spezifische Erkrankungen geregelt. Die Einführung von Komplexleistungen wird dann gelingen, wenn mit Komplexleistungen die vorhandenen Ressourcen besser genutzt werden, auch weil weitere Leistungsträger (wie die Eingliederungshilfe) gemeinsam mit den Krankenkassen diese Leistungen finanzieren. Es muss gesetzlich sichergestellt werden, dass Komplexleistungen die Vernetzung der vorhandenen Ressourcen fördert und die Kooperation der Leistungserbringer untereinander, damit die Entwicklung von Parallelstrukturen verhindert wird.

### **Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung/individueller Gesamtplan**

Die integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung ist als Teilhabeplanung durch das Bundesteilhabegesetz im SGB IX gesetzlich verankert. Als Rehabilitationsträger sind die gesetzlichen und die privaten Krankenkassen verpflichtet, eine entsprechende Teilhabeplanung mit der leistungsberechtigten Person zu vereinbaren. Um den Übergang von der akuten Behandlung zur Rehabilitation zu vereinfachen, ist eine entsprechende integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung auch im SGB V einzuführen.

<sup>1</sup> Vgl. <https://www.dgvt-bv.de/studie-versorgungsmodelle/> 9.1..2020 um 12:44

<sup>2</sup> [https://www.dgvt.de/aktuelles/details/?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=4846&cHash=853331bd28ba5b13a9f673f2cbd97783&L=0](https://www.dgvt.de/aktuelles/details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=4846&cHash=853331bd28ba5b13a9f673f2cbd97783&L=0)  
am 13.11.2020 um 12:50

Entsprechende Vorschläge wurden nicht nur in der DGVT-Stellungnahme zum 1. Dialogforum vorgebracht.

### **Kooperationsstrukturen mit Qualitätsstandards (Gemeindepsychiatrische Verbände)**

In einigen Psychisch-Kranke-Hilfegesetzen der Länder (PsychKG) wird die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden normiert (z. B. § 7 PsychKG RLP). Diese Gemeindepsychiatrischen Verbände übernehmen einen Versorgungsauftrag für ihre Region. Sie sichern die fachliche Kooperation der Leistungserbringer. Das SGB V sieht bisher eine solche Kooperation und Vernetzungen von Leistungserbringern nicht vor. Eine gesetzliche Regelung für Gemeindepsychiatrische Verbände im SGB V wird diese Kooperation und Zusammenarbeit stärken.

### **Digitale Versorgungsstrukturen**

Schon vor der Corona-Pandemie haben psychologische Psychotherapeut\*innen wie auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen die Möglichkeiten einer digitalen Versorgungsstruktur, die die bisherige „analoge“ ergänzt und weiterentwickelt, erprobt und genutzt. Online-Sprechstunden und -Psychotherapien erweitern die Zugänge zu diesen Leistungen für bestimmte Personengruppen. In diesem Jahr wurden diese digitalen Instrumente noch intensiver genutzt. Damit wurden auch digitale Behandlungssysteme entwickelt.

Die Fachgruppe sieht die Notwendigkeit, die digitalen Versorgungsstrukturen mittelfristig gesetzlich abzusichern. Dafür sind Studien zur Wirksamkeit und zum praktischen Nutzen erforderlich. Notwendig sind auch gesetzliche Regelungen zum Schutz der Daten, wie sie in der Resolution „Zum Ausbau des Schutzes von Gesundheitsdaten“<sup>3</sup> des Gesprächskreises II, der 35 Psychotherapieverbände umfasst, beschrieben werden.

### **Perspektivische Maßnahmen: Zusammenführung der unterschiedlichen Leistungen**

Mittlerweile sieht das SGB V, wie in dieser und in weiteren Stellungnahmen (zum Beispiel zum ersten Dialogforum) dargestellt wird, eine Vielzahl von Maßnahmen, Leistungen und Regelungen vor, um die sektorübergreifende Versorgung für psychisch kranke Menschen zu verbessern. Ergänzt werden diese Leistungen um Angebote wie die Soziotherapie oder die psychiatrische Pflege. Perspektivisch sollten diese unterschiedlichen Maßnahmen, Leistungen und Angebote stärker aufeinander abgestimmt werden, damit sie zuverlässig Teil der Regelversorgung werden können.

*Tübingen, im November 2020*

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.  
Corrensstraße 44/46 | 72076 Tübingen  
Telefon: 07071 9434-0 | E-Mail: dgvt@dgvt.de | www.dgvt.de

<sup>3</sup> [https://www.dgvt-bv.de/news-details/?tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=5448&cHash=5a2936d6a292870b9d845ec47f034486](https://www.dgvt-bv.de/news-details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=5448&cHash=5a2936d6a292870b9d845ec47f034486)

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

<b>Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Postfach 13 43, 72003 Tübingen</b>				
<b>21. Januar 2021</b>				
<p><b>Präambel:</b> Die DGVT begrüßt und unterstützt grundsätzlich alle Maßnahmen, die helfen, Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung besser zu behandeln, damit sie am sozialen Leben teilhaben können. Chronisch psychisch erkrankten Menschen fällt es krankheitsbedingt oftmals schwer, Behandlungen und Unterstützungsangebote wahrzunehmen, deshalb sind strukturierte und aufeinander bezogene Leistungen in vielen Fällen hilfreich und förderlich.</p> <p>Der Gesetzgeber hat mit dem § 92 Abs. 6b SGB V eine Möglichkeit geschaffen, diese Struktur zu schaffen. Parallel hat das Bundesministerium für Gesundheit mit dem „Dialog - Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ einen Prozess zur Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung angestoßen. Im Rahmen dieses Prozesses wurde die Idee entwickelt, eine „ambulante Komplexeleistung“ gesetzlich zu verankern. Dieser Vorschlag geht über die vorliegende Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V hinaus, denn mit der ambulanten Komplexeleistung wird eine neue Leistungsform gesetzlich verankert, die bereits in vielen Projekten erfolgreich erprobt wurde.</p> <p>Mit der vorliegenden Richtlinie wird der gesetzliche Auftrag, vorhandene Leistungen in einer strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch kranker Menschen mit einem komplexen Versorgungsbedarf anzubieten, umgesetzt. Der Vorschlag, eine ambulante Komplexeleistung anzubieten, geht deutlich über dieses Vorhaben hinaus, weil sie neue Behandlungsmaßnahmen ermöglichen würde.</p> <p>Die vorliegende Richtlinie wird vor dem Hintergrund dieses weiterführenden Dialogs bewertet. Nicht zuletzt auch Zeitgründen nimmt die DGVT zu zentralen Punkten der Richtlinie Stellung; bestimmte Einzelregelungen werden deshalb nicht bewertet und kommentiert.</p> <p>Zu einer möglichen ambulanten Komplexeleistung hat die DGVT im Rahmen des Dialogprozesses des Bundesgesundheitsministerium Stellung genommen (vgl. <a href="https://www.psychiatriedialog.de/stellungnahmen/personenzentrierte-versorgung-vernetzung-und-kooperation">https://www.psychiatriedialog.de/stellungnahmen/personenzentrierte-versorgung-vernetzung-und-kooperation</a>).</p>				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Begründung	Änderungsvorschläge/Ergänzungen
§ 1	3	KBV/PatV	Bezugspsychotherapeut*innen einbeziehen, um die Kompetenzen der (psychologischen) Psychotherapeutinnen und -therapeuten nutzen	

§ 2	1	KBV/DKG/PatV	Die vorgeschlagene Variante wird unterstützt; die Formulierung „psychosomatischer“ kann mit aufgenommen werden, ist aber nicht zwingend	Am GKV-SV Vorschlag wird besonders Absatz 2 abgelehnt, denn gerade chronisch psychisch kranke Personen haben zu Beginn einer Behandlung oftmals krankheitsbedingt Schwierigkeiten, die Notwendigkeit der Behandlung zu erkennen; sie tendieren dazu, diese abzulehnen oder in Frage zu stellen
§ 2	2	KBV/DKG/PatV	Dieser Vorschlag ist offen formuliert und umfasst alle psychischen Erkrankungen, die auch chronifizieren können,	
§ 2	Abs. 3	KBV/DKG	Dieser Vorschlag beinhaltet auch das Mini-ICF-Rating; damit werden auch psychische Beeinträchtigungen und Behinderungen erfasst	
§ 3	Abs. 2	GKV/PatV	Der Einbezug von Krankenhäusern, die (noch) keine Psychiatrische Institutsambulanz haben, wird begrüßt	
§ 3	Abs. 3	GKV-SV	Die vorgeschlagene Regelung ist differenziert und umfassend	
§ 4	Abs. 3	PatV	Grundsätzlich wird der Vorschlag der PatV unterstützt; die von der KBV vorgeschlagene Größe von jeweils 15 Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen kann insbesondere für ländliche Regionen eine nicht überwindbare Hürde bedeuten. Bei dem PatV-Vorschlag ist die Zahl „3“ durch „5“ bei den Psychotherapeut*innen zu ersetzen	
§ 4	Abs. 5	PatV	Der PatV ist der umfassende und berücksichtigt auch Leistungsanbieter*innen aus der Eingliederungshilfe, der Suchtarbeit und der psychosozialen Versorgung	Der Begriff „Psychosoziale Beratungsstellen“ umfassend nach unserem Verständnis auch Ehe-, Lebens- und Erziehungsberatungsstellen (Nach SGB VIII). Die Leistungen der Jugendhilfe sind bei Bedarf im Einzelfall zu berücksichtigen

§ 4	Abs. 5	GKV-SV, KBV, DKG	Die Ziffer 9 sollte bei dem PatV-Vorschlag ergänzt werden	
§ 4	Abs. 6	GKV-SV	Die Einbeziehung qualifizierter Entzugsbehandlungen wird unterstützt	
§ 5	Abs. 1	PatV	Der PatV-Vorschlag wird unterstützt	Er sollte um die Aufgabe „Koordination“ aus dem DKG-Vorschlag ergänzt werden
§ 5	Abs. 2	KBV	Der KBV-Vorschlag scheint der praktikabelste zu sein	
§ 5	Abs. 3	KBV	Bildung eines Behandlungsteams soll als Option, nicht als Pflicht geregelt werden	
§ 5	Abs. 4	KBV/DKG	Die offene Formulierung ist mit der Verknüpfung der Regelung nach Absatz 5 praktikabel. Die Aufgabenbeschreibung von KV-SV/PatV ist abschließend formuliert, demnach dürfte der/die jeweilige Bezugstherapeut/-therapeutin keine weiteren Aufgaben erbringen	
§ 5	Abs. 5	KBV/PatV	Die Aufnahme der Bezugspsychotherapeutin/-therapeuten ist zwingend erforderlich	
§ 6	Abs. 1	KBV/DKG	Dieser Vorschlag formuliert die Verantwortlichkeiten eindeutig	
§ 6	Abs. 2	KBV/DKG	Ergibt sich aus der präferierten Regelung zum Absatz 1	
§ 6	Abs. 2 Nr. 1		Die einfache Formulierung reicht aus, denn die Zusatzqualifikation wird im Vorspann geregelt	
§ 6	Abs. 2 Nr. 3	KBV/DKG	Vorschlag ist plausibler	
§ 6	Abs. 2 Nr. 5 – 8	GKV/PatV	In Einzelfällen ist die Expertise der genannten Berufsgruppen wichtig und erforderlich	
§ 6	Abs. 3	GKV/PatV	Die Beschreibung dieser beiden Grenzen (mindestens 20 Std. und höchstens 40 Patientinnen/Patienten) erhöht die Qualität der Arbeit	

§ 7	Abs. 1, Nr. 2	KBV/DKG/PatV	Diese zeitliche Befristung ist im Interesse der zu behandelnden Personen	
§ 7	Abs. 3	GKV-SV	Diese Einschränkung ist sinnvoll, die Überprüfung muss zeitnah erfolgen – hier sollte auch eine Frist formuliert werden	Die Frist könnte auch fünf Werktagen umfassen: „Nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 binnen fünf Werktagen“
§ 7	Abs. 1 Nr. 5	KBV/DKG	Da unterschiedliche Einrichtungen möglicherweise auch unterschiedliche Dokumentationssysteme haben, sollte eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation eingeführt werden, eine gemeinsame Dokumentation kann den Start und die Zusammenarbeit anfangs massiv erschweren	
§ 7	Abs. 1 Nr. 5	DKG	Die Wahrung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen muss in allen Fällen zwingend beachtet werden	
§ 7	Abs. 1 Nr. 8 und 9	GKV/PatV	Beide Aufgaben sind erforderlich und umzusetzen	
§ 7	Abs. 1 Nr. 10	KBV/DKG/PatV	Diese Aufgabe ist mit der Ergänzung durch die PatV zielführender als die andere	
§ 7	Abs. 4	KBV/PatV	Es erscheint zwingend erforderlich zu sein, dass der Netzwerkverbund eine Koordination benötigt und damit eine Person, die diese Aufgabe erledigt.	Das Wort „kann“ in Satz 2 des KBV/PatV-Vorschlages ist durch das Wort „muss“ zu ersetzen.
§ 7	Abs. 4	KBV/PatV	Die Formulierung sollte möglichst verbindlich sein	Die Formulierung müsste lauten; „Aufgaben ... sind insbesondere“
§ 8	Abs. 2	PatV	Die Aufzählung der PatV benennt die Institutionen, die insbesondere mit chronisch psychisch kranken Personen arbeiten. Bei der Nr. 5 fehlen die Suchtberatungsstellen (vgl. § 4 Abs. 5 Nr. 3 des PatV-Vorschlages)	
§ 8	Abs. 3	KBV/PatV	Dieser Vorschlag ist eindeutig und klar	



§ 9	Abs. 4	GKV-SV/PatV	Dies ist erforderliche Aufgabe, dann hat die betroffene Person eine Wahl- und Entscheidungsoption, die dann folgende Regelung ist zwingend	
§ 9	Abs. 1	KBV/DKG/PatV	Bei den einzelnen Regelungen sollte bis auf den ersten dem Vorschlag der PatV gefolgt werden. Ein „vorläufiger Behandlungsplan“ kann in einem Erstgespräch zwischen Behandelndem und Behandelten vereinbart werden. In einem Assessment kann dann später den Gesamtbehandlungsplan nach § 10 erstellt werden.	„In der Eingangssprechstunde erfolgt eine ... nach § 5 Absatz 1. Dabei wird ... ein vorläufiger Behandlungsplan erstellt. Zudem wird ... oder die Bezugstherapeutin oder der Bezugstherapeut festgelegt. Die Wünsche der Patientinnen oder Patienten sind zu berücksichtigen.“
§ 9	Abs. 3	KBV/DKG/PatV	Die Einbeziehung von Angehörigen ist besonders bei Kindern geboten	
§ 9	Abs. 7	KBV/PatV	Die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden wird ausdrücklich begrüßt, weil damit die psychiatrischen Versorgungsstrukturen systematisch genutzt werden können	
§ 10	Abs. 1	GKV-SV/DKG/PatV	Der Vorschlag dieser Gruppe ist umfassender und schließt auch externe Leistungserbringer*innen (z.B. aus der Eingliederungshilfe) mit ein. Dabei ist ein Assessment Grundlage für den Gesamtbehandlungsplan. Die Einbeziehung von Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege kann im Einzelfall zwingend erforderlich sein und ist deshalb zu berücksichtigen (Vorschlag GKV-SV/PatV)	Bei der Regelung des Gesamtbehandlungsplanes ist die Anschlussfähigkeit an den Teilhabeplan nach § 19 SGB IX und den Gesamtplan nach § 121 SGB IX zu berücksichtigen.
§ 11		PatV	Dieser Vorschlag berücksichtigt am stärksten die Belange und Wünsche des chronisch erkrankten Menschen, der diese Leistungen benötigt. Insbesondere die in den anderen beiden Vorschlägen formulierten „Kontrollmechanismen“ („Terminreue“) können bei chronisch psychisch	

			kranken Personen Reaktanz-Reaktionen provozieren. Notwendig sind jedoch vertrauensbildende Maßnahmen, um einen Behandlungserfolg zu erreichen	
§ 13	Abs. 3	GKV-SV/PatV	Diese Regelung ist grundsätzlich offener. Abgelehnt wird allerdings die Notwendigkeit „einer positiven Behandlungsprognose“, denn diese schränkt besonders die Behandlung von chronisch kranken Personen ein, weil bei diesen besonders zu Beginn des Prozesses keine eindeutige (positive) Prognose abgegeben werden kann. Auch im Prozess kann es krankheitsbedingt zu Verschlechterungen kommen, die eine positive Prognose zeitweise in Frage stellen.	

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

DGVT, Postfach 13 43, 72003 Tübingen		
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"/>

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

<b>Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)</b>				
<b>Freitag, der 25. Jan. 2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V</b></p> <p>Sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>eine verbindliche Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf wird seitens der DGSP sehr begrüßt. Ein professionelles Handeln, wie es in dem Entwurf der Richtlinie beschrieben wird, sollte u. E. bereits eine Selbstverständlichkeit in der psychiatrischen Landschaft i. S. der Patient *innen / Klient*innen sein. Einzelne Regionen zweigen das dies auch bereits realisiert wird. Wir vermuten den Grund das diese Art des systematischen Handelns bislang nur in einzelnen Regionen umgesetzt wird in der Dominanz von Partialinteressen, die einem kooperativen, regional basierten und berufsgruppen-übergreifenden Versorgungsanspruch entgegenstehen. Ob diese Richtlinie es vermag diesen Zustand zu ändern sei dahingestellt, da weder negative wie positive Sanktionsmöglichkeit bzw. Aussagen zur Finanzierung in der Richtlinie benannt oder geklärt werden. Wenn es bei den beteiligten Akteur*innen nicht bereits eine Einsicht für die Notwendigkeit und damit verbunden eine positive Motivationslage zur Netzwerkbildung besteht, wird die vorliegende Richtlinie in dieser Form nichts an den bestehenden Mangel der fehlenden Netzwerkarbeit ändern.</p>				

Was aus unserer Sicht in der Richtlinie noch benannt werden sollte, ist die Einbindung des beschriebenen Netzwerks in die bestehende Struktur, z. B. die Anbindung an die koordinierenden Gremien nach den PsychKG´s oder eine andere / weitere Formen der regionalen Psychiatrieplanung. Auch der Umstand das sich möglicherweise in bereits schwach strukturierten Regionen kein Netzwerk bilden wird oder das regionale Konkurrenzsituationen eine Netzwerkbildung verhindert bleibt unberücksichtigt. Vermisst haben wir auch eine Bezugnahme zu der Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Trotz dieser Kritik nehmen wir in der vorgegebenen Form zu dem Entwurf Stellung.

Mit freundlichem Gruß

Deutsche Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie e.V.  
gez. C. Achberger  
Der Vorstand

§1	1		Die Qualität der psychiatrischen Behandlung und Versorgung muss sich an der Qualität der Behandlung / Versorgung der schwerst-psychisch erkrankten Menschen messen lassen. Ein berufsgruppen- , sektorenübergreifender, koordinierter und strukturierter Ansatz ist notwendig.	
§1	(2)		Stimmen dem Umfang des Behandlungsbedarf als komplex zu	

§1	(3)		Zustimmung zu den genannten Maßnahmen 4. Behandlungsleitung auch durch Bezugspsychotherapeut*in - Berücksichtigung sekundärer und tertiärer Prävention	
§2	(1)		Zustimmung Pos. PatV incl. Verweis auf (4)	
§2	(2)		Einordnung n. Fallgruppen F00 – F99	
§2	(3)	PatV	Orientierung an GAF- Wert < 50, Pos. PatV - Berücksichtigung sekundärer und tertiärer Prävention	Vielfach verwendeter Beurteilungsansatz
§2	(4)		Zustimmung - Berücksichtigung sekundärer und tertiärer Prävention	
§3	(1)	PatV	Zustimmung, wenn Ergänzung um Psychotherapeut*innen Einschränkung: Zulassung des FA Neurologe nur bei geringer Arztdichte in der Region	Diese Arztgruppe behandelt i.d.R. nicht den definierten Personenkreis
§3	(2)	GKV/PatV	Zustimmung	Angebotsausweitung
§3	(3)	PatV	Zustimmung	
§3	(4)		Zustimmung, jedoch Fachweiterbildung Psychiatrie / Sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung wichtig, sollte gefordert werden Wegen der aktuell praxisfernen RL der KK für die Angebotsform Soziotherapie ist diese völlig	

			unterrepräsentiert. Eine Einbindung nach dieser RL sehr fraglich.	
§4	(1)		<p>Regionaler Bezug – Bezug zu Sozialraum /Lebenswelt – Ressourcen nutzen Berufsgruppenübergreifender Ansatz wichtig!</p> <p>Welche Anreize sind hier zur Umsetzung notwendig?</p>	<p>Regionale Kompetenzen bündeln, berufsspezifische Expertise zusammenführen – Optimum an Wissen / Erfahrung für Pat. nutzbar machen Berufsübergreifende Teambildung – Begegnung auf Augenhöhe im Netzwerk</p>
§4	(2)	PatV	<p>Bezugsarzt*in / Bezugspsychotherapeut*in positiv Individueller Gesamtplan und Einbezug- wenn notwendig - von Leistungserbringern außerhalb von SGB V</p>	<p>Personale Kontinuität, zielorientiertes und für Pat. transparentes Handeln; sektorübergreifende Ressourcennutzung +Lebensweltbezug</p>
§4	(3)	PatV	Zustimmung PatV Pos.	
§4	(5)	PatV	Zustimmung PatV Pos	<p>Im Interesse der Pat. bestehende Angebote auch außerhalb SGB V nutzbar machen. Oftmals haben Pat. zu diesen Hilfen bereits Kontakte</p>
§4	(6)		Zustimmung	
§4	(7)	GKV-SV/KBV/PatV	Zustimmung, Qualität/Verbindlichkeit durch Prüfung absichern	<p>Qualitätssicherung, Akzeptanz, Konfliktregulierung</p>
§4	(8)	PatV	Zustimmung,	<p>Verfahren zur Regulierung im Umgang mit Zu- und Abgängen Beteiligter</p>
§4	(9)	PatV	Zustimmung	<p>Verantwortung bei Netzverbund, transparentes Informationsangebot</p>
§4	(10)	PatV	Zustimmung	<p>Konsequente Umsetzung des</p>

			Welche Anreize werden hier eingesetzt? Beteiligung an Fallkonferenzen bedeutet i. d. R. für niedergelassene ÄrztInnen / PsychotherapeutInnen Verdienstausschlag	Vernetzungsgedanken insbesondere im Hinblick auf die Kontinuität / Vertraulich der Arzt- Pat.-Beziehung
§5		PatV	Zustimmung	Bezugspsychotherapeut*in berücksichtigen
§5	(1)	PatV	Zustimmung	umfassend
§5	(2)	PatV	Zustimmung	Netzverbände sollen i. R. ihrer Möglichkeit die Zuweisungspraxis in Absprache mit dem Pat. verbindlich regeln, ansonsten Überregulierung durch RL
§5	(3)	KBV	Keine Zustimmung,	zu statisch, Überregulierung durch RL
§5	(4)	GKV-SV / PatV	Bezugsärzt*in / Bezugspsychotherapeut*in Zu 1. Zustimmung Zu 2. Pos. PatV – Vielfalt der Möglichkeiten nutzen, wenn vorhanden Zu 3. Zustimmung	
§5	(5)		Bezugsärzt*in / Bezugspsychotherapeut*in Zustimmung	
§6	(1)	GKV-SV / PatV	Zu 1. Zustimmung ( Bezugsärzt*in / Bezugspsychotherapeut*in) Zu 2. Zustimmung	
§6	(2)	GKV / PatV	Zu 1.-2 Zustimmung Zu 3. GKV-SV / PatV. Pos	Die genannten Berufsgruppen sind für diese Aufgabe i. d. R. qualifiziert

			Zu 4 PatV Pos. Zu 5. – 8. GKV-SV / PatV. Pos	
§6	(3)	PatV	Zustimmung der Ablehnung durch PatV	Teilen die Begründung der PatV auf S. 52 – Tragende Gründe
§7	(1)		<p>Leitungserbringer sind bereits definiert</p> <p>Zu 1. Zustimmung</p> <p>Zu 2. Zustimmung KNV/DKG / PatV- Pos.</p> <p>Zu 3. Zustimmung - Abschluss Assessment</p> <p>Zu 4. Zustimmung – wichtig!</p> <p>Zu 5. Eine gemeinsame Dokumentation unter Wahrung des Datenschutzes</p> <p>Zu 6. Zustimmung</p> <p>Zu 7. 24/7 – Bereitschaft, z. B. Berliner Krisendienst - getragen von Fachkräften</p> <p>Zu 8. Zustimmung</p> <p>Zu 9. Zustimmung</p> <p>Zu 10. Zustimmung KBV/DKG/PatV Pos Fallkonferenz während des Eingangssprechstunde favorisieren!</p> <p>Zu 11. Zustimmung</p> <p>Zu 12 – keine Zustimmung</p>	
§7	(2)		Zustimmung	
§7	(3)	GKV-SV/PatV	Zustimmung	Beachtung der Erfahrungen mit digitalen Medien während der Corona Pandemie. Nicht alle Pat. sind offen für diesen Ansatz oder haben die Möglichkeit – darf kein Ausschlusskriterium sein
§7	(4)	KBV/PatV	Die Position der Koordinator*in des	



			Netzverbundes erscheint notwendig, da ansonsten Kapazitäten aus der Arbeit mit Pat. zweckentfremdet werden. Netzwerk muss so „Außenvertretung“ wahrnehmen können. Aufzählung sollte nicht abschließend sein	
§8	(1)		Zustimmung	
§8	(2)		....Überweisung oder Empfehlung... Ansonsten Zustimmung zu PatV Pos.	Da weitestgehende Nennung möglicher Anlaufstellen für benannte Pat.-gruppe
§8	(3)	KBV / PatV	... der Entlassungsplanung...  ...durch Fachärzt*in od. Psychotherapeut*in	Planungsphase und nicht Umsetzungsphase
§8	(4)	GKV-SV / PatV	Zustimmung – in jeder Phase des Geschehens den Pat- Willen unbedingt beachten	
§8	(5)		Schnellstmöglich innerhalb von 3 Tage nach Eingangssprechstunde anzubieten....	unterversorgte Situation / Notsituation trotz Absprachen / Überleitung
§8	(6)	KBV/GKV-SV/ PatV	Zustimmung	
§9	(1)	KBV/DKG/PatV	Zustimmung, zunächst vorläufiger Behandlungsplan	Eventuell ergeben sich neue Erkenntnisse od. Änderungen im Pat.-Willen
§9	(3)		Zustimmung Auch An- und Zugehörige bedenken	
§9	(4)		Verfahrensfragen gegenüber GKV	Keine Doppelversorgung!
§9	(5)	GKV-SV	Zustimmung	Verhinderung von parallelen

				Versorgungstrukturen
§9	(6)	KBV/ PatV	Zustimmung zu Hinweis	
§9	(7)	KBV / PatV	Zustimmung Zu 3. ...Stärkung der Beziehungsarbeit etc. Auch hier: Beachtung des Pat. Willen und gffs..Beachtung des Kindeswohls	
§10	(1)	GKV-SV/DKG/ PatV	Zustimmung ... Ergotherapie	
§10	(2)		Zustimmung Beachtung des Pat-Willen hinzufügen	
§10	(3)	PatV	Zustimmung Abklärung somatischer Komorbidität beachten!	
§10	(4)		Zustimmung	
§11		PatV	Zustimmung	Differenziert und umfassend
§12	(1)		Zustimmung	Assesment i. R. sagt auch etwas über das Funktionsniveau aus
§12	(2)		In jedem Fall Mitteilung des KH nach Kenntnis das Pat n. RL an versorge an Bezugsperson. Information über Entlasstermin an Koordinationsperson	
§12	(3)	PatV	Zustimmung	
§12	(4)		Zustimmung	
§12	(5)	PatV	Zustimmung Bitte beachten: Bezugspsychotherapeut*in	

§13	(1)	GKV-SV / PatV	Zustimmung	
§13	(2)	GKV-SV / PatV	Zustimmung	
§13	(3)	GKV-SV / PatV	Zustimmung	
§14			Zustimmung Beteiligung bzw. Rückgriff auf nutzerorientierte Forschungsansätze!	

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

**Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.**

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input 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"/>

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

**Stellungnahme des Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP eV)**

Geschäftsstelle:

Rhabanusstraße 3

55129 Mainz

Tel: 06131/693 8070

Fax: 06131/693 8072

[mail@bkjpp.de](mailto:mail@bkjpp.de)

[www.bkjpp.de](http://www.bkjpp.de)

## **Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP e.V.)**

Der BKJPP konsentiert eine Stellungnahme des Spitzenverbands ZNS zur Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V. Dort wurde umfassend Stellung genommen zur Richtlinie, der BKJPP war an der Abfassung dieser Stellungnahme beteiligt.

Es handelt sich bei der Richtlinie um eine, die Menschen ab 18 Jahren betrifft, insofern sind Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nur in einem Teilbereich ihrer Tätigkeit betroffen. Im Folgenden konzentrieren wir uns an dieser Stelle streng auf die speziellen Aspekte, die den Einbezug von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betreffen. Wir nehmen hier nicht weiter Stellung zur weiteren inhaltlichen Ausgestaltung der Richtlinie, da dies bereits an anderer Stelle (s.o.) geschehen ist.

Wir nutzen in der Regel die männliche Form z.B. der Berufsbezeichnungen. Dies möge der Lesbarkeit dienen, es sind selbstverständlich dabei stets alle Geschlechter gemeint.

Die Transitionsphase ist insbesondere für die Personengruppe, für die diese Richtlinie gedacht ist, von besonderer Bedeutung, weil in der Lebensphase der Adoleszenz i.d.R. wesentliche Veränderungen des persönlichen Lebensumfelds und der beruflichen Integration anstehen. Oft kommt es hier zu Brüchen in den Entwicklungsverläufen. Gerade psychisch erkrankte junge Menschen sind von solchen Brüchen besonders bedroht, oft mit nachhaltigen negativen Folgen für die weitere Gesundheit und Teilhabe, die soziale Integration und berufliche Qualifikation und Integration. Insofern ist es von herausragender Bedeutung, dass der Anschluss aus kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer bzw. kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer Behandlung in das Versorgungsangebot gemäß der Richtlinie ggf. gut funktioniert und nicht systemimmanent durch Schnittstellenprobleme Entwicklungsverläufe gravierend gestört werden. Am Übergang von SGB-VIII zum SGB-IX bzw. SGB-XII ist dies leider sehr häufig der Fall. Es ist besonders darauf zu achten, dass solche Hürden nicht auch innerhalb des SGB-V Einzug halten. Der Übergang aus der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung zur strukturierten und koordinierten Versorgung im Erwachsenenalter muss im Sinne der Vermeidung von folgenreichen Behandlungsabbrüchen deshalb sehr aufmerksam beachtet werden.

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind nicht primäre Netzwerketeiligte innerhalb der durch diese Richtlinie geregelten Versorgungsangebote, was aus Sicht des BKJPP auch logisch begründet erscheint. Es sollte bei den jungen Erwachsenen darum gehen, sie in die Expertise der entsprechenden Fachgruppen für das Erwachsenenalter zu leiten, und eben nicht durch ein Prolongieren der Behandlung beim Spezialisten für Kinder, Jugendliche und Adoleszente den Übergang weiter hinauszuschieben. In der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ist es für Menschen mit psychischen Erkrankungen allgemeiner Konsens, dass die Altersgrenze bei 21 liegt und nicht bei 18 Jahren. Dies wurde z.B. in der Psychotherapierichtlinie im Rahmen der letzten Reform klar geregelt und es ist aus Sicht des BKJPP im Alltag praktikabel und der realen Situation der jungen Menschen angemessen. Der Zeitraum zwischen 18 und 21 kann damit flexibel im Sinne der jungen Menschen angepasst genutzt werden, um im Einzelfall zu entscheiden, wo eine Behandlung angesiedelt werden sollte. Die jungen Volljährigen können aus der kinder- und jugendpsychiatrischen und -

psychotherapeutischen Behandlung in dieser Übergangsphase adäquat begleitet werden in die Weiterbehandlung z.B. beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

In der Richtlinie wird in §4 Abs. 5 Nr. 9 in der Version des GKV-SV/KBV/DKG geregelt, dass auch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bei Bedarf einzubeziehen sind, in §4 Abs.10 ist geregelt, dass zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung ggf. auch eine laufende Behandlung fortgesetzt werden kann. Dies begrüßen wir ausdrücklich. Die Regelung ermöglicht Anschlussfähigkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an die Richtlinie und hilft somit, Brüche in der Behandlung der schwer psychisch kranken jungen Menschen zu vermeiden.

Bezüglich des Zugangs zur Versorgung schlagen GKV-SV und DKG in §8 Abs. 2 eine Auswahl an zuweisungsberechtigten Ärzten und Psychotherapeuten vor und übersehen dabei die Gruppen der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Wir schlagen vor, dem Vorschlag der KBV zu folgen und alle an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten als potenzielle Zuweiser festzuschreiben. Sollte die Sorge bestehen, dass es durch Umsetzung des Vorschlags der KBV zu Fehlzuweisungen und -behandlungen kommt, so scheint uns diese unbegründet, da vor einer Behandlung innerhalb der Richtlinie ohnehin ein Eingangsassessment eines Netzmitglieds die Indikation zur Behandlung stellen muss. Mit einer Regelung im Sinne des KBV-Vorschlags wäre aber sicher gestellt, dass potenzielle Patienten nicht zuerst an einen überweisungsberechtigten Arzt überwiesen werden müssten und dadurch künstlich überflüssige und schädliche Wartezeiten aufgebaut würden

Insgesamt freuen wir uns als Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, dass mit dieser Richtlinie endlich auch für Erwachsene ein Behandlungsangebot etabliert werden kann, das eine koordinierte und strukturierte Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen möglich macht. Entsprechend ausgestattet kann es nach den Erfahrungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ganz wesentlich zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

Es folgt die Darstellung der einzelnen Punkte in Tabellenform mit jeweiligem Bezug zu den einzelnen Paragraphen.

§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
4	5 Nr. 9	GKV-SV, KBV,DKG	Zustimmung	Junge Erwachsene benötigen zum Teil noch typische Expertise eines Kinder- und Jugendpsychiaters. Mit Erreichen der Volljährigkeit ist nicht automatisch auch ein psychisches Erwachsen-Sein erreicht. Viele behandlungsrelevante Fragestellungen können noch sehr jugendspezifisch sein.
4	10	KBV	Zustimmung	Es wird eine Regelung getroffen, um schädliche Behandlungsabbrüche zu vermeiden und eine Kontinuität der Versorgung zu ermöglichen, falls erforderlich. Satz 3 setzt enge Grenzen für eine Parallelbehandlung („In Ausnahmefällen und in Absprache mit dem Behandlungsteam...“). Dies erscheint uns ausreichend und sachgerecht, um die Überleitung aus jugendpsychiatrischer bzw. psychotherapeutischer in erwachsenenpsychiatrische, -psychosomatische oder -psychotherapeutische Behandlung in dieser Altersstufe zu unterstützen.
8	2	GKV-SV,DKG	Ablehnung	In der Aufzählung fehlen (neben weiteren wichtigen Arztgruppen) Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.



8	2	KBV	Zustimmung	Die Regelung umfasst alle potenziellen Ansprechpartner für die Patienten, die in Frage kommen zur Weiterleitung in eine koordinierte und strukturierte Behandlung. Ein Eingangsassessment erfolgt dann durch die Spezialisten, so dass Fehlbehandlungen leicht vermeidbar sind.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP eV), Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, mail@bkjpp.de</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>

Mainz, d. 24.01.2021



Dr. med. Dipl. Kfm. (FH) Gundolf Berg  
Vorsitzender BKJPP eV

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Frau Dr. Edith Pfenning  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

25.01.2021

**Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) bedankt sich herzlich für die Möglichkeit, Stellung zu dem o. g. Beschlussentwurf nehmen zu können.

Die DGPM begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für psychisch schwer erkrankte Menschen zu errichten. Die Fragmentierung und mangelnde Vernetzung der Versorgungsbereiche und die fehlende Koordinierung in der Versorgung beeinträchtigen aktuell die Qualität der Versorgung dieser Patientengruppe. Durch die Einführung eines verbindlichen Gesamtbehandlungsplans und die vernetzte Umsetzung dieser Behandlungsstrategie im Rahmen der neuen Versorgungsform verspricht sich die DGPM eine deutliche Verbesserung der Versorgung von schwer psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten.

**Bundesausschuss**

**Vorsitzender**

Prof. Dr. med. Johannes Kruse  
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums  
Gießen und Marburg  
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen  
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601  
Fax: 0641 985-45609  
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

**Stellvertretende Vorsitzende**

Dr. med. Gerhard Hildenbrand  
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid  
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid  
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735  
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner  
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus an der TU Dresden,  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332  
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

**Beisitzer**

Dr. med. Götz Berberich  
Psychosomatische Klinik Windach  
Schützenstraße 100, 86949 Windach  
Tel.: 08193 72830, Fax: 08193 72909  
g.berberich@klinik-windach.de

Bernd Bergander  
Praxis für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Grünwaldstr. 58, 10825 Berlin  
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606  
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich  
Universitätsklinikum Heidelberg  
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatische  
Medizin Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg  
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: hans-  
christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel  
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm  
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802  
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp  
Praxis für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie  
Rheinstr. 37, 42697 Solingen  
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272  
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner  
Reha-Zentrum Seehof der  
Deutschen Rentenversicherung Bund  
Lichterfelder Allee 55  
14513 Teltow  
Tel.: 03328 345678  
koellner@psychosoma.de

**Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Prof. Dr. med. Peter Henningsen  
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin  
und Psychotherapie  
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München  
Klinikum rechts der Isar der TU München  
Langerstr. 3, 81675 München  
Tel.: 089 41404313  
p.henningsen@tum.de

**Geschäftsführerin**

Simone Kneer-Weidenhammer  
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht,  
Justizian  
Jägerstr. 51, 10117 Berlin  
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961  
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

**Geschäftsstelle**

Jägerstr. 51, 10117 Berlin  
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961  
info@dgpm.de

www.dgpm.de

**Bankverbindung**

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00  
BIC BFSWDE33BER

**Steuernummer**

27/620/57425

Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat erfolgreich langjährig Erfahrungen mit multimodalen, multiprofessionellen und an einem Gesamtbehandlungsplan orientierten Therapiekonzepten im Rahmen der stationären und tagesklinischen psychosomatischen Komplexbehandlung gesammelt. Die DGPM begrüßt daher ausdrücklich die Einführung multimodaler, am Behandlungskonzept orientierter, koordinierter Versorgungsformen auch im ambulanten Bereich. Bevor auf einzelne Unterpunkte des Beschlussentwurfs eingegangen wird, sollen zunächst drei übergreifende Aspekte des vorgelegten Entwurfs kommentiert werden.

## 1. Übergreifende Überlegungen

- Der vorgelegte Beschlussentwurf zeichnet in den unterschiedlichen Positionierungen der DKG, des GKV-SV, der KBV und der PatV unterschiedliche Vorstellungen u. a. hinsichtlich der Zielgruppe der Patienten, der Funktion der einzubeziehenden Leistungserbringer sowie der Strukturierung und Organisation der Netzstruktur auf. Die einzelnen Unterpunkte sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten. So bedingt z. B. die Frage, ob im § 3 Absatz 3 die psychiatrischen Institutsambulanzen mit aufgenommen werden (Position GKV-SV), die weiteren Fragen, welche Funktionen und strukturellen Aufgaben der psychiatrischen Institutsambulanz zukommen sollen. Auch entscheidet die Frage der Definition der Patientengruppe in § 2 darüber, welche Kompetenzen u. a. in der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans zur Verfügung stehen müssen für die Bezugsärzte bzw. die Koordinatoren. Die Kommentierung der einzelnen Punkte ist daher nicht isoliert, sondern nur im Zusammenhang des Gesamtentwurfs zu betrachten.

Schwer psychisch erkrankte Menschen werden durch das bestehende Versorgungssystem häufig unvollständig bzw. überhaupt nicht erreicht, da sie aufgrund ihrer psychischen Verfassung nicht in der Lage sind, ein geeignetes Versorgungsangebot in Anspruch zu nehmen. Daher soll ein niederschwelliger Zugang dieser Patientengruppe zur Versorgung formuliert werden, der es Patientinnen und Patienten erlaubt, nicht aus dem gewohnten Umfeld herausgerissen zu werden und sich im Verlauf der Behandlung in ihren Lebenswelten weiter erproben zu können. Durch die Strukturierung der Aufgaben und Bahnung der Wege wird für diese Patientengruppe eine Steuerung und Bahnung übernommen, da die Patienten aufgrund der Schwere der psychischen Beeinträchtigung nicht ausreichend für sich sorgen können. Für diese Patientengruppe ist die vorgesehene strukturierte

Versorgungsform sehr geeignet, da die Aufnahme der Behandlung und die Durchführung der Therapie diese ansonsten überfordern würde.

Umgekehrt können Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen, die weniger in ihren psychosozialen Funktionen beeinträchtigt sind, sich in ihrer Patientenautonomie und Partizipation beeinträchtigt fühlen. Es ist zu befürchten, dass diese Strukturen sich ungünstig sowohl auf die Inanspruchnahme wie auch auf die Behandlungsqualität und den Behandlungserfolg auswirken können. Es ist zu klären, wie die neuen Versorgungsstrukturen neben den aktuellen - auch im internationalen Vergleich - sehr leistungsfähigen Strukturen der psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung entwickelt werden sollen und wie diese in Beziehung stehen. Es sollte dafür Sorge getragen werden, dass diese neuen Strukturen insbesondere für Patienten mit ausgeprägten psychosozialen Beeinträchtigungen passgenau zur Anwendung kommen.

- Es ist zu befürchten, dass das vorgeschlagene Versorgungsmodell zu einer weiteren Ausweitung bürokratischer und administrativer Leistungen führt. Die DGPM regt an, Sorge dafür zu tragen, dass der bürokratische und administrative Aufwand in dem neuen Versorgungskonzept auf ein Minimum beschränkt wird, damit Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer ein größtmögliches Maß ihrer Arbeitsleistung am Patienten erbringen können.

## **2. Kommentierung einzelner Unterpunkte**

Im folgenden Text konzentrieren wir uns auf die Kommentierung einzelner zentraler Unterpunkte.

### **Ad § 1**

Wir schließen uns der Position der KBV/DKG/PatV an, die von einem „komplexen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ ausgeht.

#### *Begründung:*

Die gewählte Formulierung klarifiziert nochmal, dass bei schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten, z. B. mit chronifizierter Anorexia nervosa oder ausgeprägten chronifizierten somatoformen Schmerzstörungen, ein komplexer psychosomatischer, sozialpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Behand-

lungsbedarf besteht, der im Rahmen dieser Richtlinie mit konzeptualisiert werden soll.

### **Ad § 1 Absatz 2 Satz 1**

Wir schließen uns der Position der KBV/DKG/PatV an mit der Formulierung „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“.

#### *Begründung:*

Insbesondere Patienten mit schweren psychischen und psychosomatischen Störungen sind häufig in ihren sozialen Bezügen desintegriert. Ein niederschwelliges Versorgungsangebot sollte daher wohnortnah sein, um auch soziale Integrationsprozesse lokal besser initiieren und begleiten zu können.

### **Ad § 2 – Definition der Patientengruppe**

#### **Ad § 2 Absatz 1**

Wir schließen uns der Position der KBV und der DKG an: „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, bei denen ein komplexer psychiatrischer, psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, haben Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie.“

#### **Ad § 2 Absatz 2**

Wir sprechen uns für folgende Definition aus: „Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem 5. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM vor.“

#### **Ad § 2 Absatz 3**

Wir schließen uns der Positionierung der PatV an: „Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen vor, wenn das psychosoziale Funktionsniveau gemäß GAF-Wert  $\leq 50$  klassifiziert wird“.

#### *Begründung:*

Zentrale Eingangskriterien für die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung sollten das psychosoziale Funktionsniveau und der komplexe Behandlungsbedarf darstellen, nicht die deskriptive Ausgestaltung der Symptomatik. Diese Kriterien sind für die Errichtung einer strukturierten und koordinierten Versorgung von besonderem Belang. Daher sollten alle ICD-Diagnosen (F1-F99) inkludiert werden.

Wir sprechen uns gegen den Einschluss der F0-Diagnosen, insbesondere der Demenz aus, da diese Patientengruppe einer spezifischen Versorgungsstruktur bedarf, die eine spezifische diagnostische und therapeutische Kompetenz benötigt. Unseres Erachtens würde der Einschluss der F0-Diagnosen zu einer erheblichen Überforderung des Systems führen, da sehr heterogene Strukturen im Versorgungsnetz zur Verfügung gestellt werden müssten.

Das Versorgungskonzept sollte sich auf eine Patientengruppe zentrieren, die aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung Unterstützung bei der Koordinierung und Strukturierung der Versorgung benötigt. Für diese Patienten lassen sich dann zielgenaue Angebote und Versorgungsstrukturen entwickeln und etablieren. Dazu ist neben dem komplexen Behandlungsbedarf, der durch den Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erfolgt, auch die Definition des psychosozialen Funktionsniveaus mit Hilfe der GAF-Skala  $\leq 50$  notwendig. So ist gewährleistet, dass eine erhebliche psychosoziale Funktionseinschränkung beim Patienten vorhanden ist, die ein entsprechendes strukturiertes und koordiniertes Vorgehen notwendig macht.

Eine fehlende Einschränkung der Patienten ohne Cut-off-Wert im GAF würde die strukturierte und koordinierte Versorgung für eine sehr große Patientengruppe öffnen, die kaum eine personalintensive strukturierte und koordinierte Versorgung benötigt. Es besteht die Gefahr, dass diese Gruppe die personellen Ressourcen von der Versorgung psychosozial schwer beeinträchtigter Patienten abziehen würde und somit eine Fehlversorgung entstehen könnte.

### **Ad § 3 Absatz 5**

Die DGPM spricht sich für die Position der DKG aus: „Für im Rahmen bestehender Regelversorgung erbrachte Leistungen gelten die leistungsrechtlichen Grundlagen des jeweiligen Leistungserbringers.“

#### *Begründung:*

Soweit psychosomatische Institutsambulanzen in das Versorgungskonzept mit eingebunden werden sollten, sollten sie entsprechend den aktuell ausgehandelten Rahmenbedingungen integriert werden. Für zahlreiche psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V wurden Einzelleistungsvergütungen vereinbart, die dem spezifischen multimodalen, interdisziplinären, therapiezielorientierten diagnostischen und therapeutischen Vorgehen der psychosomatischen Institutsambulanz gerecht werden. Es wäre paradox, diese komplexen Versorgungsstrukturen der PsIA im Rahmen der berufsgruppenübergreifenden koordinierten und

strukturierten Versorgung durch die Einführung einer am EBM orientierten Leistungsvergütung zu konterkarieren. Der EBM ermöglicht aktuell nicht die Abbildung der komplexen Leistungsangebote der PsIA, insbesondere sind das komplexe Leistungsangebot bei Kreativtherapien sowie die Teamleistung nicht ausreichend in der Honorierung abgebildet.

#### **Ad § 4 Zusammenfassung des Netzverbundes**

##### **Ad § 4 Absatz 2**

Die DGPM schließt sich der Position des GKV-SV und der DKG in folgendem Satz an: „Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“

##### *Begründung:*

Die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans, insbesondere bei Patienten mit schweren psychischen und psychosomatischen Störungen mit komplexem Behandlungsbedarf, bedarf der somatischen, psychiatrischen und psychosomatischen diagnostischen Kompetenz. Insbesondere bei diesen Patienten ist diagnostische Einordnung somatischer Faktoren immer wieder eine zentrale Aufgabe der Bezugärztin bzw. des Bezugsarztes. Daher ist eine medizinische Kompetenz und die Abwägung der somatischen, sozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans unumgänglich.

##### **Ad § 4 Absatz 3**

Wir schließen uns der Position der DKG an, dass ein Verbund aus mindestens sechs Fachärzten und sechs ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten bestehen sollte. Darüber hinaus ist jedoch zu gewährleisten, dass im Netzverbund zumindest Ergotherapeuten, Physiotherapeuten sowie Leistungserbringer des Reha-Sports dem Netzverbund angehören sollen. Nur so ist sicherzustellen, dass diese in der Versorgung schwer erkrankter Patienten notwendigen Therapiebausteine in die Behandlung zu integrieren sind.

Da ein Großteil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen durch Hausärzte versorgt wird und diese einen sehr hohen Anteil der psychopharmakologischen Behandlung übernehmen, befürwortet die DGPM die Integration der hausärztlichen Versorgung in die Netzverbände. Außerdem ist für eine Reihe von Patienten, z. B. mit chronifizierter Anorexie oder somatoformen Schmerzstörungen, die Vernetzung der Versorgung mit den somatischen Behandlungsbereichen von zentraler Bedeutung. Hier bedarf es klarer Regelungen, wie die Netzverbände mit dem somatisch medizinischen Bereich kooperieren.



### **Ad § 5 Absatz 1 Bezugsärztin und Bezugsarzt**

Die DGPM spricht sich für die Position der DKG aus, dass die Bezugsärztinnen oder Bezugsärzte zentrale Ansprechpartner und Koordinatoren für die Versorgung nach dieser Richtlinie sind. Sie sind Mitglieder des Netzverbundes nach § 3 und gehören einer der folgenden Fachgruppen an:

1. Fachärztinnen oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
2. Fachärztinnen oder Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
3. Fachärztinnen oder Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
4. Ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten

#### *Begründung:*

Bei der zu versorgenden Patientengruppe gibt es ein großes Maß an Interaktion zwischen somatischen und psychischen Faktoren, sowohl in der Entstehung wie im Verlauf. Auch in der Behandlung spielen somatische, psychotherapeutische und/oder sozialpsychiatrische Aspekte eine große Rolle. Daher ist für die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans eine ärztliche Kompetenz notwendig, um ein ausreichendes Maß an Patientensicherheit zu gewährleisten.

An der Anhörung Anfang Mai 2021 nimmt die DGPM gerne teil.

Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Johannes Kruse  
(Vorsitzender der DGPM)

Montag, 25. Januar 2021

Herrn  
Prof. Josef Hecken  
unparteiischer Vorsitzender  
Gemeinsamer Bundesausschuss

per E-Mail: skv@g-ba.de

### **Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V**

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,

der Spitzenverband ZNS bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zur  
Beschlusssentwurf zur Erstfassung der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V.

Wir begrüßen außerordentlich die Initiative des BMG, die ambulante Versorgung für  
Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern und danken für die gründliche  
Vorarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Im Anhang finden Sie unsere ausführliche Stellungnahme im gewünschten Format.

Mit herzlichen Grüßen



Dr. Uwe Meier  
Präsident

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

<b>Spitzenverband ZNS (SpiZ)</b>				
<b>24.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Ausführung: „... <b>Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.</b> “	Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können <b>sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf</b> haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. Psychosomatisch erkrankten Menschen mit zusätzlichem psychiatrischem Behandlungsbedarf soll der Zugang zu Leistungen der Richtlinie nicht verwehrt werden.
1	2.1	<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>Zustimmung zu „bundesweit“</b>	Eine <b>länderübergreifende Versorgung</b> kann insbesondere in landesgrenznahen Bereichen sinnvoll sein.
1	2.3	<b>KBV/DKG/GKV-SV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Aufnahme des Satzes: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten.“	Der Grundsatz <b>„ambulant vor stationär“</b> besteht seit der Psychiatrie-Reform der 70er Jahre. Die neu entstehende Richtlinie beschreibt eine Versorgungsform zwischen „einfacher“ vertragsärztlicher und stationärer Versorgung. Für einen (teil-)stationäre Behandlung sind die hier angewendeten Kriterien nicht bindend. Es kann

				<p>der Umstand eintreten, dass Patienten stationär (und damit intensiver als in dieser Richtlinie beschrieben) behandelt werden, die nicht der Kategorie „schwer psychisch krank“ zuzuordnen sind oder bei denen kein komplexer Behandlungsbedarf besteht. Hier muss die hierarchische Logik einer gestuften Versorgung verdeutlicht werden.</p> <p><b>Für die Anwendung einer Behandlung nach der Richtlinie sollten die Möglichkeit der Verhinderung und Vermeidung stationärer Aufenthalte eine Einschlussmöglichkeit darstellen.</b></p>
1	3.2		<p><b>Ergänzung des Satzes:</b>  „...Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs, ...“  Durch  „...<b>diagnostische und differentialdiagnostische Aspekte müssen eingehend und im Behandlungsverlauf evaluiert werden und zwingend mit einer Behandlungsplanung verknüpft sein</b>“</p>	<p>Ziel ist die zeitnahe Versorgung der Patienten. Dafür <b>müssen diagnostische Aspekte in eine Behandlungsplanung und -durchführung münden</b> und können nicht getrennt betrachtet werden.</p>
1	3.4	<b>KBV/PatV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Formulierung:  „Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugpsychotherapeutin oder einen Bezugpsychotherapeuten.“</p> <p><b>Ergänzung durch:</b>  „<b>Patientenzentrierte Koordinierungsaufgaben im Rahmen des individuellen Gesamtbehandlungsplans können an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, mit denen der</b></p>	<p>Beide Ebenen der Versorgung müssen bedacht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patienten-zentriert</b> muss nach der Diagnostik erfolgen und wenn indiziert, die die Behandlung geplant und durchgeführt werden. Dies verantwortet der Bezugsarzt oder -therapeut, die Koordination der Maßnahmen ist keine ärztliche Aufgabe und kann durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter in enger Abstimmung mit dem Arzt/Therapeuten erfolgen.</li> </ul>

			<p><b>Bezugsarzt/-therapeut in engem fachlichem Austausch steht.</b> Sowie: <b>„Darüber hinaus bedarf es der Koordination im Rahmen des Netzverbundes in einer Region der Koordination von Versorgungsangeboten und qualitätssichernden Maßnahmen. Hierfür muss ein Netzwerkkoordinator eingesetzt werden.“</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das <b>regionale Versorgungsnetz</b> entsteht und entwickelt sich durch die Vernetzung der unterschiedlichen Versorger. Diese Vernetzungs- und Koordinationsaufgabe muss festgelegt und durchgeführt werden.</li> </ul>
2	1	KBV/DKG	<p><b>Zustimmung</b> zur Ausführung: „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</p>	<p>Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können <b>sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf</b> haben. Oft gibt es Überschneidungen. <b>Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme.</b></p>
2	2	KBV/DKG/PatV	<p><b>Zustimmung</b> zur Formulierung: „Es liegt eine psychische <b>Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99)</b> des ICD-10-GM vor.“</p>	<p>Die Nennung einzelner Diagnosen erübrigt sich, da eine <b>Diagnose allein grundsätzlich keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf</b> und die Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen gibt. Bei den im Vorschlag des GKV-SV nicht genannten Diagnosen handelt sich um solche, die durch kurze und abgestimmte Komplexbehandlung in bestimmten Konstellationen ressourcensparend versorgt werden können. Dies trifft insbesondere für die F0-Diagnosen. Besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung können durch ein multiprofessionelles ambulantes</p>

				<p>Versorgungsangebot stationäre Einweisungen vermieden werden. Die wenig etablierte Versorgung in MZEB kann somit niedrigschwellig durch das hier beschriebene Versorgungsangebot ersetzt werden. Nicht nachvollziehbar ist, warum insbesondere die Diagnosen F23 und F24 nicht enthalten sein sollten, denn gerade hier kann schnelles und abgestimmtes Behandeln Krankheitsverläufe verkürzen und Leid für Betroffene und Angehörige minimieren. Bei vielen Diagnosegruppen, die nicht primär den „schweren psychischen Erkrankungen“ zugerechnet werden (z. B. F32.1) besteht wegen Komorbiditäten (z. B. sog. Achse 2-Störungen) auch besonderer Behandlungsbedarf, weil erhebliche psychosoziale Defizite eine Teilhabe am sozialen Leben verhindern und somit zur Chronifizierung beitragen. Die Versorgung durch diese Richtlinie kann dies verhindern.</p>
2	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG	<p>Da der GAF-Wert das psychosoziale Funktionsniveau nicht ausreichend abbildet, soll die Anwendung des Mini-ICF bindend erfolgen. <b>Insbesondere psychosoziale Defizite, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen, sind für die Erschwernisse des Patienten verantwortlich, die passgenaue und leitliniengerechte Behandlung zu erhalten.</b> Deswegen sollte die Identifizierung dieser Defizite mittels eines geeigneten Instrumentes erfolgen, wie es der Mini-ICF ist. Insbesondere in der Transitionsphase bei jungen Erwachsenen kommt diesem Umstand besondere Bedeutung zu.</p>

3	1	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG/PatV	Da in der Folge Facharztbezeichnungen aufgeführt werden, ist die Reihenfolge der Nennung hier logischer.
3	1.5	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie	<p><b>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie haben in ihrer Facharztausbildung mindestens ein Jahr Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet.</b> Menschen mit neurologischen Erkrankungen haben eine <b>hohe Komorbidität mit psychischen Erkrankungen. Hirnorganische Veränderungen</b> sind die Ursache vieler schwerer psychischer Erkrankungen.</p> <p>Die Teilnahme von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie an den Netzwerken ist von großem Vorteil, da die Netzwerke dadurch leistungsfähiger werden und Überweisungen an Neurologinnen und Neurologen außerhalb des Netzes entfallen können.</p> <p>Der Satz 5 sollte zum Satz 4 werden, um die logische Reihenfolge der Facharztgebietsbezeichnungen fortzusetzen.</p>
3	2	<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>Ablehnung</b> des Vorschlages	Satz 2 regelt die Teilnahme bereits umfänglich Eine Kooperation mit psychiatrischen Kliniken (und implizit auch Abteilungen von Krankenhäusern) ist an anderer Stelle verpflichtend formuliert. Die PIA als Abteilung eines Krankenhauses oder Fachabteilung ist somit Bestandteil der Kooperation und es bedarf keiner gesonderten Regelung. Die Ausgestaltung des Kooperationsvertrages obliegt den Vertragspartnern im Netz und soll sich flexibel den

				bestehenden regionalen Gegebenheiten anpassen.
3	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu „keine Übernahme“	<b>Psychiatrische und psychosomatischen Institutsambulanzen haben einen subsidiären Versorgungsauftrag.</b> Kooperationsverträge werden nicht mit den PIA, sondern mit der entsprechenden Klinik geschlossen. Nur im Ausnahmefall können Fachärzte aus PIA-Einrichtungen von Krankenhäusern behandlungsleitend im vertragsärztlichen Versorgungsbereich tätig werden. Hierzu müssen Verträge mit bindender Nennung des in der PIA tätigen teilnehmenden Facharztes der genannten Fachrichtungen getroffen werden. Die verbindliche Zusammenarbeit der einzelnen Ärzte und Therapeuten individuell mit dem Patienten ist das Kernelement dieser Richtlinie. Hierfür sollen die bestehenden vertragsärztlichen Versorgungselemente vernetzt werden. Die PIA stellt eine Versorgungsform einer Klinik oder Abteilung einer Klinik dar, die ambulante Versorgung subsidiär und mit Ressourcen der Klinik leistet. Eine Kooperation mit der Klinik oder Fachabteilung in einer Region ist erforderlich, die PIA kann aber strukturell der vertragsärztlichen Versorgung nicht gleichgestellt sein.
3	4.3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.“	Diese Formulierung definiert die Qualifikation der Plegefachpersonen praxisnäher.



3	5	<b>KBV/GKV-SV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Streichung	In der Richtlinie wird nicht die Regelversorgung, sondern die koordinierte Versorgung mit den Mitteln der Regelversorgung beschrieben. Die berufsrechtliche Regelung bleibt unbenommen.
4	1	<b>KBV und KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu den Formulierungen: „...ist die Bildung eines wohnortnahen, berufsübergreifenden Netzverbundes mit Kooperationspartnern.“  „...gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen, <b>psychosomatischen</b> oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Diese Formulierung hat die bessere Präzision.  Ergänzung des Begriffs „psychosomatischen“ Siehe Begründung zu § 1 Absatz (2) Satz 1
4	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position - der Absatz soll lauten: „(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem regionalen Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten in einem patientenindividuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“	Diese Formulierung bietet den größtmöglichen <b>Praxisbezug</b> .
4	3	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zum Vorschlag der KBV	Ein funktionierendes Versorgungsnetz muss eine kritische Größe haben, um die notwendige Vielfalt

				<p>an Versorgung und „Spezialisierung“ in einer Region abbilden zu können.</p> <p>Hier wird nicht die Regelversorgung beschrieben, sondern ein Versorgungsangebot für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf. Ein Arzt und auch 5 Ärzte können alleine die Struktur für alle Besonderheiten der vernetzten Versorgung nicht bilden und aufrechterhalten. Hinzu kommt die Besonderheit, dass manche Ärzte durch ihre psychotherapeutische Tätigkeit neben der psychiatrischen Arbeit eine vergleichsweise niedrige Patientenzahl versorgen. Auch diesen Ärzten muss es möglich sein, Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf ihren Bedürfnissen entsprechend zu versorgen. Anderenfalls entsteht ein Flaschenhals in der Versorgung, wo eigentlich niedrighschwelliger Zugang erfolgen sollte.</p>
4	4	<p><b>GKV-SV</b></p> <p><b>KBV/DKG</b></p>	<p><b>Ablehnung der Position des GKVC-SV</b></p> <p><b>Zustimmung zur KBV/DKG-Position</b></p> <p>Der Absatz soll lauten:</p>	<p>PIA als subsidiäre Versorgungsform und strukturelle Einheit einer Klinik sowie deren Einbezug im Rahmen von Kooperationsverträgen ist an anderer Stelle festgelegt.</p> <p>Schlanke und schlichte Beschreibung der Bedingungen wird befürwortet, um sie den regionalen und schon bestehenden strukturellen Bedingungen anpassen zu können.</p>

			<p>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</li> <li>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</li> </ol> <p>Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche Leistungsinhalte können vereinbart werden.</p> <p>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	5.2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Formulierung: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen.“	Diese <b>Formulierung ist dann kongruent zu § 3 Absatz (4) Satz 3</b>
4	5.7	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Aufnahme „Suchtberatungsstellen“	Der Zugang zu Einrichtungen der Versorgung von Suchtkranken ist sinnvoll und ist in der Regelversorgung zu wenig berücksichtigt. Die Zusammenarbeit insbesondere mit Suchtberatungsstellen erleichtert einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung der Menschen mit entsprechenden Erkrankungen und dem beschriebenen Behandlungs- und Versorgungsbedarf.
4	6	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung zu „keine Übernahme“</b>	Eine qualifizierte Entzugsbehandlung bildet nur einen begrenzten Teil der Behandlung eines Patienten mit einer Suchterkrankung ab. Umfassende sozialmedizinische Interventionen, Motivationsarbeit zur Entgiftung, Entwöhnung sowie dem Abstinenzertalt und der Nachsorge sowie die Behandlung der psychiatrischen und v. a. somatischen Komorbiditäten stellt eine hohe koordinative Aufgabe dar.
4	7	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung zur KBV-Position.</b> Der Absatz soll lauten: „Die Netzverbundverträge nach § 4 Abs. 1 und die Kooperationsverträge nach § 4 Abs. 4 sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie ist durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dem Netzverbund eine Genehmigung zur Teilnahme durch seine	Die KVen verfügen über ihre Zuständigkeiten für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsebene über das entsprechende Verfahrens-Know-How. Sie können auf Grund ihrer Position ggf. auch unterstützend tätig werden.

			Mitglieder und Kooperationspartner an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu erteilen.	
4	8	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu „keine Übernahme“	Es soll im Rahmen der Richtlinie <b>so bürokratiearm wie möglich</b> gearbeitet werden können.
4	9	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position Der Absatz soll lauten: „Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit.“	Die Angebote der vertragsärztlichen Regelversorgung können <b>bereits jetzt über geeignete moderne Medien über die Kassenärztliche Vereinigung</b> des Bundeslandes eingesehen werden. Die Abbildung der Netzverbände stellt hier eine <b>sinnvolle Ergänzung</b> dar.
4	10	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	Der Zugang zur Versorgung gemäß der Richtlinie darf nicht dazu führen, dass betroffene Personen sich gegen eine bereits etablierte und kontinuierliche Behandlung entscheiden müssen. Zudem ist es kontraproduktiv, in diesem Fall einen Wechsel der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeuten vornehmen zu müssen.  In der Position der KBV ist eine knappe und präzise Formulierung gewählt.
5	Titel	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV Ergänzung: „... Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und Behandlungsteam“	s. vorangegangene Erläuterungen zum selben Thema
5	1	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	In den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie (historisch zusammengefasst Nervenheilkunde)

				<p>gibt es viele <b>Symptomüberschneidungen</b> insbesondere bei neurologischen Erkrankungen mit psychischen Symptomen (z. B. degenerativen Hirnerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Entzündungen usw.) und diese <b>gehen einher mit derselben Gefahr der Eskalation der psychischen Erkrankung, der Chronifizierung der Symptome und dem Verlust des psychosozialen Funktionsniveaus</b>. Aufgrund der Überschneidungen hat sich in den Weiterbildungsordnungen die <b>verpflichtende Ableistung der 12-monatigen Weiterbildungszeit im Komplementärfach</b> etabliert. Somit können auch Neurologen Bezugsärzte im Rahmen der Richtlinie sein. Siehe auch frühere Begründungen.</p> <p>Satz 5 kann zu Satz 4 werden, somit wären die Gebietsbezeichnungen der Fachärzte fortlaufend aufgeführt, danach erfolgt die Nennung der Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten.</p>
5	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	<p>In der Regel wird <b>bereits in der Eingangssprechstunde ein Arbeitsbündnis zwischen Bezugs-Netzmitglied und der behandlungssuchenden Person</b> aufgebaut. Nicht selten hängt bei krankheitsbedingt eingeschränkter Behandlungsbereitschaft diese von der Fortführung der Behandlung durch den die Eingangssprechstunde durchführenden Arzt bzw. Therapeuten ab.</p>
5	3	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	<p>Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war, die <b>Abläufe in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch</b></p>

				<p><b>verbindliche Kooperationsregeln zu verbessern.</b></p> <p>Ziel ist die <b>zeitnahe Versorgung im Lebensumfeld des Patienten</b>. Dafür nutzt der Bezugsarzt/-therapeut die Strukturen des bestehenden Versorgungsnetzes. Die <b>Hinzuziehung weiterer Akteure</b> außerhalb des Kern-Netzes mit dem Patienten im Mittelpunkt <b>folgt individuellen patientenabhängigen Erfordernissen</b>.</p>
5	4	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG Ergänzung „Bezugstherapeutin/ Bezugstherapeut“	In dieser Formulierung wird die Regelung bereits klar beschrieben. Die Beschreibung der Aufgaben im Versorgungsnetz ist in §7 geregelt.
5	5	<b>KBV/PatV</b>	<b>Aufnahme der Formulierung:</b> ...“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt...	Siehe frühere Begründungen
6	1.1	<b>KBVDKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu Position der KBV/DKG	Die Gesamtverantwortung hat der Bezugsarzt/ -therapeut – die Koordination als nichtärztliche Leistung kann delegiert werden – enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, die delegierbare Leistungen erbringen vermindert Zeit- und Informationsverlust. Dies gilt sowohl für den Beginn der koordinierten Behandlung als auch für Veränderungen und Entwicklungen im Verlauf im Rahmen dieser Behandlungsform und die Beendigung der intensivierten Behandlung. <b>Einer zusätzlichen Einführung einer nichtärztlichen koordinierenden Person bedarf es nicht.</b>
6	1.2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG: keine Übernahme	

6	1.3	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von GKV-SV/KBV/DKG: keine Übernahme	
6	2	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> der KBV-Position Formulierungs-Vorschlag</p> <p>Der Absatz sollte lauten:</p> <p>„Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen: Diese sollten über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Fachangestellte,</li> <li>2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>3. Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen,</li> <li>4. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß 132a Absatz 4 SGB V erbringen</li> </ol>	<p>Es ist nicht sinnvoll, nur Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie Pflegefachpersonen zuzulassen, die bereits einen Vertrag abgeschlossen haben. Dies würde diesen Teil der Versorgung davon abhängig machen, ob in der Region überhaupt ein solches Vertragsangebot besteht. In Frage kommende Personen, die keinen Vertrag abgeschlossen haben, würden damit ausgeschlossen.</p>



6	2	<b>GKV-SV/PatV</b>	<p><b>Dieser Vorschlag wird abgelehnt:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</li> <li>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,</li> <li>7. Pflegefachpersonen,</li> <li>8. Psychologinnen und Psychologen</li> </ol>	<p><b>Die genannten Berufsgruppen verfügen nicht über Kenntnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen.</b></p> <p>Spezifische Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sind erforderlich, um mit dieser besonders vulnerablen Patientengruppe in den hier beschriebenen Sonder-Situationen zu arbeiten. Dafür bedarf es neben der <b>Berufserfahrung mit der Patientengruppe spezifischer Weiterbildungen und Qualifikationen neben der und zusätzlich zur erworbenen Grundausbildung.</b></p>
6	3	<b>GKV-SV</b>	<p><b>Ablehnung</b> des Vorschlages:  „Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“</p>	<p><b>Diese Regelungstiefe ist nicht erforderlich.</b></p> <p>Für die Gestaltung der Aufgaben in einem regionalen Netzverbund und im individuellen Versorgungsnetz für einen Patienten muss ausreichend Gestaltungsspielraum zur Verfügung stehen. <b>Starre Stundenangaben verhindern und erschweren notwendige Ausgestaltung des Versorgungsnetzes.</b> Die Indikationsstellung und Koordinierungsverantwortung liegt bei dem Bezugsarzt oder Bezugstherapeuten des Patienten und dieser muss dafür Sorge tragen, dass auch genügend Koordinationsressourcen zur Verfügung stehen.</p>
7	1	<b>KBV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Position der KBV</p> <p>„...als Netzmitglieder oder Kooperationspartner“</p>	<p>Die Formulierung dient der Verdeutlichung und dem Verständnis der beschriebenen Prozesse.</p>
7	1.2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<p>Zustimmung zu dieser Position</p>	<p>Die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen zu organisieren ist ein entscheidender</p>

				Vorteil der Versorgung innerhalb der Richtlinie gegenüber der Regelversorgung.
7	1.3	<b>GKV/PatV</b>	<b>Ablehnung</b> Die Formulierungsvorschläge von GKV-SV und PatV können entfallen	In der Beschreibung des Behandlungspfades ist der Ablauf schon enthalten.
7	1.5	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zum Formulierungsvorschlag von KBV und DKG	
7	1.7	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV/DKG	Diese Position ermöglicht die <b>flexibelste Nutzung regionaler Gegebenheiten</b> . Die Entwicklung von Parallelstrukturen wird nicht provoziert und die bestehenden Ressourcen werden nutzbar gemacht.
7	1.8	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV/DKG keine Übernahme	Textpassage ist überflüssig, da Netzstruktur mit dem Ziel entsteht, zeitnahe und indikationsgerechte Versorgung zu ermöglichen.
7	1.9	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position	Die Entwicklung eines Versorgungsnetzes soll flexibel durch die Nutzung der regionalen Gegebenheiten ermöglicht werden. Ein bestehender Netzverbund muss die Möglichkeit der <b>Weiterentwicklung</b> haben. Dies ist <b>prozessbegleitend</b> erforderlich. <b>Netzverbundkonferenzen haben sich bereits in der Praxis als essentiell erwiesen.</b>
7	1.10	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position	Patientenorientierte Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat fest vorzuschreiben, wie der GKV-SV vorschlägt, ist eine zu starre Regelung.
7	1.12	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	
7	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> der Position von KBV/DKG	Diese Position enthält die in der vertragsärztlichen Versorgung vorgehaltenen und zukünftig auch in

				der Regelversorgung zur Verfügung stehenden Strukturelemente.
7	4	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	s. Begründung zu §1 Absatz 3.4 <b>Vorerfahrungen</b> zur Koordination von Netzverbänden von Organisationen im Rahmen von Selektivverträgen oder durch den Innovationsfond geförderten Versorgungsprojekten sollen einbezogen werden. <b>Eine digitale Plattform über die KBV/Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erleichtert die Prozesse.</b>
8	1	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position	Der Zugang sollte in der Regel per Überweisung erfolgen, aber auch durch eine Empfehlung möglich sein. Niedrigschwelligkeit ist insbesondere beim Zugang zu dieser Versorgung von Bedeutung, da krankheitsbedingt, wie schon vielfach beschrieben, insbesondere der hier genannten Patientengruppe Zugang zu indikationsgerechter Versorgung erschwert ist. Deswegen entsteht diese Richtlinie.
8	1	<b>GKV-SV</b>	<b>Ablehnung</b> der Position des GKV-SV	s. obige Begründung
8	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	<b>Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligte müssen eine Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können.</b> Erfahrungsgemäß werden das in der Regel Teilnehmende mit Bezug zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein. <b>Eine Einschränkung auf wenige Facharzt-Gruppen ist insbesondere bei dem Ziel, schnelle und niedrigschwellige Versorgung zu ermöglichen, nicht plausibel.</b> Im Übrigen wäre bei Übernahme der Position des GKV-SV eine

				Überleitung einer Behandlung in der Transitionsphase durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht möglich. Es muss allen an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten Ärzten und Psychotherapeuten möglich sein, eine Empfehlung / Überweisung vorzunehmen.
8	3	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	<p>Diese intensivierte Versorgungsform bedarf umfassender Kenntnisse über medizinisch-psychiatrische, psychotherapeutische sowie sozialmedizinische Aspekte der Akutversorgung, der Rehabilitation und Prävention, aber auch der rezidivprophylaktischen Maßnahmen. Da im Rahmen einer stationären Behandlung alle diese Aspekte fachärztlich supervidiert zusammengeführt werden müssen, kann die Empfehlung über die weitere Behandlung insbesondere durch die hier beschriebene intensivierte Form nur fachärztlich erfolgen. Die Entlassung aus einer Klinik im Rahmen des Entlassmanagements nach §39 Absatz 1a SGB V regelt die Entlassung aus einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Behandlung in die Regelversorgung. <b>Die Indikation für die hier beschriebene komplexe Versorgungsform für schwer kranke Patienten bedarf einer besonderen Indikationsstellung und ist damit klarer als im §39 Absatz 1a SGB V festgelegt eine originär fachärztliche oder psychotherapeutische Aufgabe.</b></p>
8	4	<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>Ablehnung</b> dieser Position wird abgelehnt, deshalb „keine Übernahme“ <b>Änderungsvorschlag:</b>	Einer solch kleinteiligen Regelung bedarf es nicht. Es versteht sich von selbst, dass man bei

			„Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.“	Empfehlung auch mitteilt, wo das Angebot umgesetzt werden kann.
8	5	<b>DKG/KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von DKG, KBV und PatV. Ablehnung des Vorschlages des GKV-SV	Die Position des GKV-SV mit der Forderung einer <b>Frist von 3 Tagen nach Empfehlung ist zu eng</b> gefasst, wenn diese regelhaft erfolgen muss. Patientenbezogene Bedingungen, die eine Terminwahrnehmung innerhalb von 3 Tagen verunmöglichen, könnten dann ggf. einen Zugang verhindern.
8	6	<b>DKG/KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von DKG, KBV und PatV Ablehnung des Vorschlages des GKV-SV	<b>Die Regelung ist hier eindeutig und unmissverständlich beschrieben.</b> Die <b>Niedrigschwelligkeit</b> des Zugangs wird deutlich
9	1	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Formulierung der KBV Der Absatz soll lauten: „In der Eingangssprechstunde erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst-) Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach Absatz 1 Nummer 1 bis 5.  Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt.	Verweis auf vorangegangene Begründungen zum § 3 Abs. 1

			Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut festgelegt. Die Wünsche bzw. Interessen der Patienten oder des Patienten sind zu berücksichtigen.	
9	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	Die zur Verfügung stehenden <b>Interventionen werden damit konkretisiert.</b>
9	3	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV, DKG und PatV Ablehnung der Position des GKV-SV	Die <b>Prüfung der Hilfen</b> nicht nur für Kinder, sondern auch von Angehörigen und anderen Bezugspersonen Patientin oder des Patienten ist sinnvoll, da es z. B. auch <b>pflegebedürftige oder schwerkranke erwachsene Angehörige</b> geben kann, mit deren Versorgung/Pflege eine Überforderung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten einher gehen kann.
9	4-6	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position: „keine Übernahme“ Ablehnung der Position des GKV-SV	Regelungen an anderer Stelle Die Einschlusskriterien sind umfassend geregelt und müssen ohnehin dokumentiert werden.
9	7	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV/PatV: <b>Aufnahme des Satzes (7)</b>	Die <b>aufsuchende multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld</b> entspricht einem zentralen Patientenbedürfnis und muss ermöglicht werden. Gerade die <b>Berücksichtigung des Kindeswohls</b> ist besonders wichtig.
10	1	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	Diese Regelung ergänzt die im §1 Absatz 3.2
10	2	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position Aufnahme der Ergänzung „...oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten zu erfolgen.“	s. vorangegangene Begründungen zum Einbezug der approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

10	3	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Position von GKV-SV, KBV und DKG</p> <p><b>Ablehnung</b> der Position der PatV</p>	<p>Bei der <b>Nennung der weiteren Maßnahmen</b> zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um <b>notwendige Ergänzungen</b>, um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen.</p> <p>Die Position der PatV mit Einführung einer „koordinierenden Bezugsperson“ kann an dieser Stelle entfallen, da dies an anderer Stelle geregelt ist.</p>
11		<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung zu dieser Position unter redaktionellem Einschluss</b> von „oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten“.</p>	<p>Praxisnahe Formulierung</p>
12	2	<b>KBV</b>	<p><b>Zustimmung insbesondere zur KBV-Position.</b></p> <p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Nimmt ein Krankenhaus 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 Entlassungsbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten oder an ein anderes vom Netzverbund ausgewähltes Netzmitglied.“</p>	<p>Hier handelt es sich um eine praxistaugliche und gut verständliche Formulierung, die die Umsetzung der beabsichtigten Verbesserung des Übergangs im Rahmen des Entlassmanagements erleichtert.</p>

12	3	KBV	<p><b>Zustimmung insbesondere zur KBV-Position:</b></p> <p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„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 diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung in der Eingangssprechstunde vereinbart. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen.“</p>	s. Begründung zu §12 Absatz 2
13	1	KBV/DKG	<p><b>Zustimmung zur Position von KBV/DKG einschließlich Einfügung</b> „oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4 vorzunehmen.“</p>	Die quartalsweise Überprüfung des Behandlungserfolgs ist praktikabel und sinnvoll.
13	2	KBV/DKG	<p><b>Zustimmung zur Position von KBV/DKG einschließlich der Einfügungen der KBV:</b> „...außerhalb der Richtlinie...“ sowie „...oder</p>	Die Konkretisierung <b>verdeutlicht das Anliegen dieser Richtlinie</b> , keinesfalls wird die



			die Bezugstherapeutin oder Bezugstherapeut...“	Regelversorgung reformiert. Diese besteht unverändert nach den bisher geltenden Gesetzen.
13	3	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Position von KBV und DKG</p> <p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Bei einer Behandlungsdauer im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie von länger als einem Jahr ist ein Assessment nach § 2 durch einen weiteren Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1, Nr. 1 - 5 aus dem Netzverbund, der nicht Teil des Behandlungsteams ist, durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit dem Behandlungsteam zu bewerten.“</p>	Durch ein Re-Assessment kann flexibel die Überleitung in die Regelversorgung oder bei notwendiger Fortführung der Versorgung nach dieser Richtlinie die Evaluation der erfolgten Interventionen vorgenommen werden. Eine Optimierung des Behandlungsplanes kann so bei Bedarf auf den Weg gebracht werden.
Anlage	Leistungs- module	<b>KBV</b>	Zustimmung zu den Punkten 1-12	Die Punkte 1-12 sind Ergebnis bereits laufender Netzprojekte und haben sich bewährt. Sie werden individuell indikationsspezifisch angewandt.

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Spitzenverband ZNS (SPiZ)		
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"/>

**Spitzenverband ZNS (SPiZ)**

Wir nehmen nicht teil. Auch bei zeitlichen Änderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.

Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.



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

<b>Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN</b>				
<b>23.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Ausführung: „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können <b>sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf</b> haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. Psychosomatisch erkrankten Menschen mit zusätzlichem psychiatrischem Behandlungsbedarf soll der Zugang zu Leistungen der Richtlinie nicht verwehrt werden.
1	2.1	<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu „bundesweit“	Eine <b>länderübergreifende Versorgung</b> kann insbesondere in landesgrenznahen Bereichen sinnvoll sein.
1	2.3	<b>KBV/DKG/GKV-SV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Aufnahme des Satzes: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten.“	Der Grundsatz „ <b>ambulant vor stationär</b> “ besteht seit der Psychiatrie-Reform der 70er Jahre. Die neu entstehende Richtlinie beschreibt eine Versorgungsform zwischen „einfacher“ vertragsärztlicher und stationärer Versorgung. Für einen (teil-)stationäre Behandlung sind die hier angewendeten Kriterien nicht bindend. Es kann

				<p>der Umstand eintreten, dass Patienten stationär (und damit intensiver als in dieser Richtlinie beschrieben) behandelt werden, die nicht der Kategorie „schwer psychisch krank“ zuzuordnen sind oder bei denen kein komplexer Behandlungsbedarf besteht. Hier muss die hierarchische Logik einer gestuften Versorgung verdeutlicht werden.</p> <p><b>Für die Anwendung einer Behandlung nach der Richtlinie sollten die Möglichkeit der Verhinderung und Vermeidung stationärer Aufenthalte eine Einschlussmöglichkeit darstellen.</b></p>
1	3.2		<p><b>Ergänzung des Satzes:</b>  „...Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs, ...“  Durch  <b>„...diagnostische und differentialdiagnostische Aspekte müssen eingehend und im Behandlungsverlauf evaluiert werden und zwingend mit einer Behandlungsplanung verknüpft sein“</b></p>	<p>Ziel ist die zeitnahe Versorgung der Patienten. Dafür <b>müssen diagnostische Aspekte in eine Behandlungsplanung und -durchführung münden</b> und können nicht getrennt betrachtet werden.</p>
1	3.4	<b>KBV/PatV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Formulierung:  „Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugpsychotherapeutin oder einen Bezugpsychotherapeuten.“</p> <p><b>Ergänzung durch:</b>  <b>„Patientenzentrierte Koordinierungsaufgaben im Rahmen des individuellen Gesamtbehandlungsplans können an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, mit denen der</b></p>	<p>Beide Ebenen der Versorgung müssen bedacht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patienten-zentriert</b> muss nach der Diagnostik erfolgen und wenn indiziert, die die Behandlung geplant und durchgeführt werden. Dies verantwortet der Bezugsarzt oder -therapeut, die Koordination der Maßnahmen ist keine ärztliche Aufgabe und kann durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter in enger Abstimmung mit dem Arzt/Therapeuten erfolgen.</li> </ul>

			<p><b>Bezugsarzt/-therapeut in engem fachlichem Austausch steht.</b> Sowie: <b>„Darüber hinaus bedarf es der Koordination im Rahmen des Netzverbundes in einer Region der Koordination von Versorgungsangeboten und qualitätssichernden Maßnahmen. Hierfür muss ein Netzwerkkoordinator eingesetzt werden.“</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das <b>regionale Versorgungsnetz</b> entsteht und entwickelt sich durch die Vernetzung der unterschiedlichen Versorger. Diese Vernetzungs- und Koordinationsaufgabe muss festgelegt und durchgeführt werden.</li> </ul>
2	1	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Ausführung: „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</p>	<p>Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können <b>sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf</b> haben. Oft gibt es Überschneidungen. <b>Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme.</b></p>
2	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Formulierung: „Es liegt eine psychische <b>Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99)</b> des ICD-10-GM vor.“</p>	<p>Die Nennung einzelner Diagnosen erübrigt sich, da eine <b>Diagnose allein grundsätzlich keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf</b> und die Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen gibt. Bei den im Vorschlag des GKV-SV nicht genannten Diagnosen handelt sich um solche, die durch kurze und abgestimmte Komplexbehandlung in bestimmten Konstellationen ressourcensparend versorgt werden können. Dies trifft insbesondere für die F0-Diagnosen. Besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung können durch ein multiprofessionelles ambulantes</p>

				<p>Versorgungsangebot stationäre Einweisungen vermieden werden. Die wenig etablierte Versorgung in MZEB kann somit niedrigschwellig durch das hier beschriebene Versorgungsangebot ersetzt werden. Nicht nachvollziehbar ist, warum insbesondere die Diagnosen F23 und F24 nicht enthalten sein sollten, denn gerade hier kann schnelles und abgestimmtes Behandeln Krankheitsverläufe verkürzen und Leid für Betroffene und Angehörige minimieren. Bei vielen Diagnosegruppen, die nicht primär den „schweren psychischen Erkrankungen“ zugerechnet werden (z. B. F32.1) besteht wegen Komorbiditäten (z. B. sog. Achse 2-Störungen) auch besonderer Behandlungsbedarf, weil erhebliche psychosoziale Defizite eine Teilhabe am sozialen Leben verhindern und somit zur Chronifizierung beitragen. Die Versorgung durch diese Richtlinie kann dies verhindern.</p>
2	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG	<p>Da der GAF-Wert das psychosoziale Funktionsniveau nicht ausreichend abbildet, soll die Anwendung des Mini-ICF bindend erfolgen. <b>Insbesondere psychosoziale Defizite, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen, sind für die Erschwernisse des Patienten verantwortlich, die passgenaue und leitliniengerechte Behandlung zu erhalten.</b> Deswegen sollte die Identifizierung dieser Defizite mittels eines geeigneten Instrumentes erfolgen, wie es der Mini-ICF ist. Insbesondere in der Transitionsphase bei jungen Erwachsenen kommt diesem Umstand besondere Bedeutung zu.</p>

3	1	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG/PatV	Da in der Folge Facharztbezeichnungen aufgeführt werden, ist die Reihenfolge der Nennung hier logischer.
3	1.5	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie	<p><b>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie haben in ihrer Facharztausbildung mindestens ein Jahr Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet.</b> Menschen mit neurologischen Erkrankungen haben eine <b>hohe Komorbidität mit psychischen Erkrankungen. Hirnorganische Veränderungen</b> sind die Ursache vieler schwerer psychischer Erkrankungen.</p> <p>Die Teilnahme von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie an den Netzwerken ist von großem Vorteil, da die Netzwerke dadurch leistungsfähiger werden und Überweisungen an Neurologinnen und Neurologen außerhalb des Netzes entfallen können.</p> <p>Der Satz 5 sollte zum Satz 4 werden, um die logische Reihenfolge der Facharztgebietsbezeichnungen fortzusetzen.</p>
3	2	<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>Ablehnung</b> des Vorschlages	Satz 2 regelt die Teilnahme bereits umfänglich Eine Kooperation mit psychiatrischen Kliniken (und implizit auch Abteilungen von Krankenhäusern) ist an anderer Stelle verpflichtend formuliert. Die PIA als Abteilung eines Krankenhauses oder Fachabteilung ist somit Bestandteil der Kooperation und es bedarf keiner gesonderten Regelung. Die Ausgestaltung des Kooperationsvertrages obliegt den Vertragspartnern im Netz und soll sich flexibel den

				bestehenden regionalen Gegebenheiten anpassen.
3	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu „keine Übernahme“	<b>Psychiatrische und psychosomatischen Institutsambulanzen haben einen subsidiären Versorgungsauftrag.</b> Kooperationsverträge werden nicht mit den PIA, sondern mit der entsprechenden Klinik geschlossen. Nur im Ausnahmefall können Fachärzte aus PIA-Einrichtungen von Krankenhäusern behandlungsleitend im vertragsärztlichen Versorgungsbereich tätig werden. Hierzu müssen Verträge mit bindender Nennung des in der PIA tätigen teilnehmenden Facharztes der genannten Fachrichtungen getroffen werden. Die verbindliche Zusammenarbeit der einzelnen Ärzte und Therapeuten individuell mit dem Patienten ist das Kernelement dieser Richtlinie. Hierfür sollen die bestehenden vertragsärztlichen Versorgungselemente vernetzt werden. Die PIA stellt eine Versorgungsform einer Klinik oder Abteilung einer Klinik dar, die ambulante Versorgung subsidiär und mit Ressourcen der Klinik leistet. Eine Kooperation mit der Klinik oder Fachabteilung in einer Region ist erforderlich, die PIA kann aber strukturell der vertragsärztlichen Versorgung nicht gleichgestellt sein.
3	4.3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.“	Diese Formulierung definiert die Qualifikation der Plegefachpersonen praxisnäher.



3	5	<b>KBV/GKV-SV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Streichung	In der Richtlinie wird nicht die Regelversorgung, sondern die koordinierte Versorgung mit den Mitteln der Regelversorgung beschrieben. Die berufsrechtliche Regelung bleibt unbenommen.
4	1	<b>KBV und KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu den Formulierungen: „...ist die Bildung eines wohnortnahen, berufsübergreifenden Netzverbundes mit Kooperationspartnern.“  „...gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen, <b>psychosomatischen</b> oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Diese Formulierung hat die bessere Präzision.  Ergänzung des Begriffs „psychosomatischen“ Siehe Begründung zu § 1 Absatz (2) Satz 1
4	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position - der Absatz soll lauten: „(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem regionalen Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten in einem patientenindividuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“	Diese Formulierung bietet den größtmöglichen <b>Praxisbezug</b> .
4	3	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zum Vorschlag der KBV	Ein funktionierendes Versorgungsnetz muss eine kritische Größe haben, um die notwendige Vielfalt

				<p>an Versorgung und „Spezialisierung“ in einer Region abbilden zu können.</p> <p>Hier wird nicht die Regelversorgung beschrieben, sondern ein Versorgungsangebot für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf. Ein Arzt und auch 5 Ärzte können alleine die Struktur für alle Besonderheiten der vernetzten Versorgung nicht bilden und aufrechterhalten. Hinzu kommt die Besonderheit, dass manche Ärzte durch ihre psychotherapeutische Tätigkeit neben der psychiatrischen Arbeit eine vergleichsweise niedrige Patientenzahl versorgen. Auch diesen Ärzten muss es möglich sein, Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf ihren Bedürfnissen entsprechend zu versorgen. Anderenfalls entsteht ein Flaschenhals in der Versorgung, wo eigentlich niedrighschwelliger Zugang erfolgen sollte.</p>
4	4	<p><b>GKV-SV</b></p> <p><b>KBV/DKG</b></p>	<p><b>Ablehnung der Position des GKVC-SV</b></p> <p><b>Zustimmung zur KBV/DKG-Position</b></p> <p>Der Absatz soll lauten:</p>	<p>PIA als subsidiäre Versorgungsform und strukturelle Einheit einer Klinik sowie deren Einbezug im Rahmen von Kooperationsverträgen ist an anderer Stelle festgelegt.</p> <p>Schlanke und schlichte Beschreibung der Bedingungen wird befürwortet, um sie den regionalen und schon bestehenden strukturellen Bedingungen anpassen zu können.</p>

			<p>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</li> <li>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</li> </ol> <p>Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche Leistungsinhalte können vereinbart werden.</p> <p>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	5.2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Formulierung: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen.“	Diese <b>Formulierung ist dann kongruent zu § 3 Absatz (4) Satz 3</b>
4	5.7	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Aufnahme „Suchtberatungsstellen“	Der Zugang zu Einrichtungen der Versorgung von Suchtkranken ist sinnvoll und ist in der Regelversorgung zu wenig berücksichtigt. Die Zusammenarbeit insbesondere mit Suchtberatungsstellen erleichtert einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung der Menschen mit entsprechenden Erkrankungen und dem beschriebenen Behandlungs- und Versorgungsbedarf.
4	6	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung zu „keine Übernahme“</b>	Eine qualifizierte Entzugsbehandlung bildet nur einen begrenzten Teil der Behandlung eines Patienten mit einer Suchterkrankung ab. Umfassende sozialmedizinische Interventionen, Motivationsarbeit zur Entgiftung, Entwöhnung sowie dem Abstinenzertalt und der Nachsorge sowie die Behandlung der psychiatrischen und v. a. somatischen Komorbiditäten stellt eine hohe koordinative Aufgabe dar.
4	7	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung zur KBV-Position.</b> Der Absatz soll lauten: „Die Netzverbundverträge nach § 4 Abs. 1 und die Kooperationsverträge nach § 4 Abs. 4 sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie ist durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dem Netzverbund eine Genehmigung zur Teilnahme durch seine	Die KVen verfügen über ihre Zuständigkeiten für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsebene über das entsprechende Verfahrens-Know-How. Sie können auf Grund ihrer Position ggf. auch unterstützend tätig werden.

			Mitglieder und Kooperationspartner an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu erteilen.	
4	8	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu „keine Übernahme“	Es soll im Rahmen der Richtlinie <b>so bürokratiearm wie möglich</b> gearbeitet werden können.
4	9	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position Der Absatz soll lauten: „Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit.“	Die Angebote der vertragsärztlichen Regelversorgung können <b>bereits jetzt über geeignete moderne Medien über die Kassenärztliche Vereinigung</b> des Bundeslandes eingesehen werden. Die Abbildung der Netzverbände stellt hier eine <b>sinnvolle Ergänzung</b> dar.
4	10	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	Der Zugang zur Versorgung gemäß der Richtlinie darf nicht dazu führen, dass betroffene Personen sich gegen eine bereits etablierte und kontinuierliche Behandlung entscheiden müssen. Zudem ist es kontraproduktiv, in diesem Fall einen Wechsel der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeuten vornehmen zu müssen.  In der Position der KBV ist eine knappe und präzise Formulierung gewählt.
5	Titel	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV Ergänzung: „... Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und Behandlungsteam“	s. vorangegangene Erläuterungen zum selben Thema
5	1	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	In den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie (historisch zusammengefasst Nervenheilkunde)

				<p>gibt es viele <b>Symptomüberschneidungen</b> insbesondere bei neurologischen Erkrankungen mit psychischen Symptomen (z. B. degenerativen Hirnerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Entzündungen usw.) und diese <b>gehen einher mit derselben Gefahr der Eskalation der psychischen Erkrankung, der Chronifizierung der Symptome und dem Verlust des psychosozialen Funktionsniveaus</b>. Aufgrund der Überschneidungen hat sich in den Weiterbildungsordnungen die <b>verpflichtende Ableistung der 12-monatigen Weiterbildungszeit im Komplementärfach</b> etabliert. Somit können auch Neurologen Bezugsärzte im Rahmen der Richtlinie sein. Siehe auch frühere Begründungen.</p> <p>Satz 5 kann zu Satz 4 werden, somit wären die Gebietsbezeichnungen der Fachärzte fortlaufend aufgeführt, danach erfolgt die Nennung der Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten.</p>
5	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	<p>In der Regel wird <b>bereits in der Eingangssprechstunde ein Arbeitsbündnis zwischen Bezugs-Netzmitglied und der behandlungssuchenden Person</b> aufgebaut. Nicht selten hängt bei krankheitsbedingt eingeschränkter Behandlungsbereitschaft diese von der Fortführung der Behandlung durch den die Eingangssprechstunde durchführenden Arzt bzw. Therapeuten ab.</p>
5	3	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	<p>Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war, die <b>Abläufe in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch</b></p>

				<p><b>verbindliche Kooperationsregeln zu verbessern.</b></p> <p>Ziel ist die <b>zeitnahe Versorgung im Lebensumfeld des Patienten</b>. Dafür nutzt der Bezugsarzt/-therapeut die Strukturen des bestehenden Versorgungsnetzes. Die <b>Hinzuziehung weiterer Akteure</b> außerhalb des Kern-Netzes mit dem Patienten im Mittelpunkt <b>folgt individuellen patientenabhängigen Erfordernissen</b>.</p>
5	4	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG Ergänzung „Bezugstherapeutin/ Bezugstherapeut“	In dieser Formulierung wird die Regelung bereits klar beschrieben. Die Beschreibung der Aufgaben im Versorgungsnetz ist in §7 geregelt.
5	5	<b>KBV/PatV</b>	<b>Aufnahme der Formulierung:</b> ...“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt...	Siehe frühere Begründungen
6	1.1	<b>KBVDKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu Position der KBV/DKG	Die Gesamtverantwortung hat der Bezugsarzt/ -therapeut – die Koordination als nichtärztliche Leistung kann delegiert werden – enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, die delegierbare Leistungen erbringen vermindert Zeit- und Informationsverlust. Dies gilt sowohl für den Beginn der koordinierten Behandlung als auch für Veränderungen und Entwicklungen im Verlauf im Rahmen dieser Behandlungsform und die Beendigung der intensivierten Behandlung. <b>Einer zusätzlichen Einführung einer nichtärztlichen koordinierenden Person bedarf es nicht.</b>
6	1.2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG: keine Übernahme	

6	1.3	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von GKV-SV/KBV/DKG: keine Übernahme	
6	2	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> der KBV-Position Formulierungs-Vorschlag</p> <p>Der Absatz sollte lauten:</p> <p>„Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen: Diese sollten über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Fachangestellte,</li> <li>2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>3. Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen,</li> <li>4. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß 132a Absatz 4 SGB V erbringen</li> </ol>	<p>Es ist nicht sinnvoll, nur Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie Pflegefachpersonen zuzulassen, die bereits einen Vertrag abgeschlossen haben. Dies würde diesen Teil der Versorgung davon abhängig machen, ob in der Region überhaupt ein solches Vertragsangebot besteht. In Frage kommende Personen, die keinen Vertrag abgeschlossen haben, würden damit ausgeschlossen.</p>



6	2	<b>GKV-SV/PatV</b>	<p><b>Dieser Vorschlag wird abgelehnt:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</li> <li>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,</li> <li>7. Pflegefachpersonen,</li> <li>8. Psychologinnen und Psychologen</li> </ol>	<p><b>Die genannten Berufsgruppen verfügen nicht über Kenntnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen.</b></p> <p>Spezifische Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sind erforderlich, um mit dieser besonders vulnerablen Patientengruppe in den hier beschriebenen Sonder-Situationen zu arbeiten. Dafür bedarf es neben der <b>Berufserfahrung mit der Patientengruppe spezifischer Weiterbildungen und Qualifikationen neben der und zusätzlich zur erworbenen Grundausbildung.</b></p>
6	3	<b>GKV-SV</b>	<p><b>Ablehnung</b> des Vorschlages:  „Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“</p>	<p><b>Diese Regelungstiefe ist nicht erforderlich.</b></p> <p>Für die Gestaltung der Aufgaben in einem regionalen Netzverbund und im individuellen Versorgungsnetz für einen Patienten muss ausreichend Gestaltungsspielraum zur Verfügung stehen. <b>Starre Stundenangaben verhindern und erschweren notwendige Ausgestaltung des Versorgungsnetzes.</b> Die Indikationsstellung und Koordinierungsverantwortung liegt bei dem Bezugsarzt oder Bezugstherapeuten des Patienten und dieser muss dafür Sorge tragen, dass auch genügend Koordinationsressourcen zur Verfügung stehen.</p>
7	1	<b>KBV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Position der KBV</p> <p>„...als Netzmitglieder oder Kooperationspartner“</p>	<p>Die Formulierung dient der Verdeutlichung und dem Verständnis der beschriebenen Prozesse.</p>
7	1.2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<p>Zustimmung zu dieser Position</p>	<p>Die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen zu organisieren ist ein entscheidender</p>

				Vorteil der Versorgung innerhalb der Richtlinie gegenüber der Regelversorgung.
7	1.3	<b>GKV/PatV</b>	<b>Ablehnung</b> Die Formulierungsvorschläge von GKV-SV und PatV können entfallen	In der Beschreibung des Behandlungspfades ist der Ablauf schon enthalten.
7	1.5	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zum Formulierungsvorschlag von KBV und DKG	
7	1.7	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV/DKG	Diese Position ermöglicht die <b>flexibelste Nutzung regionaler Gegebenheiten</b> . Die Entwicklung von Parallelstrukturen wird nicht provoziert und die bestehenden Ressourcen werden nutzbar gemacht.
7	1.8	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV/DKG keine Übernahme	Textpassage ist überflüssig, da Netzstruktur mit dem Ziel entsteht, zeitnahe und indikationsgerechte Versorgung zu ermöglichen.
7	1.9	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position	Die Entwicklung eines Versorgungsnetzes soll flexibel durch die Nutzung der regionalen Gegebenheiten ermöglicht werden. Ein bestehender Netzverbund muss die Möglichkeit der <b>Weiterentwicklung</b> haben. Dies ist <b>prozessbegleitend</b> erforderlich. <b>Netzverbundkonferenzen haben sich bereits in der Praxis als essentiell erwiesen.</b>
7	1.10	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position	Patientenorientierte Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat fest vorzuschreiben, wie der GKV-SV vorschlägt, ist eine zu starre Regelung.
7	1.12	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	
7	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> der Position von KBV/DKG	Diese Position enthält die in der vertragsärztlichen Versorgung vorgehaltenen und zukünftig auch in

				der Regelversorgung zur Verfügung stehenden Strukturelemente.
7	4	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	s. Begründung zu §1 Absatz 3.4 <b>Vorerfahrungen</b> zur Koordination von Netzverbänden von Organisationen im Rahmen von Selektivverträgen oder durch den Innovationsfond geförderten Versorgungsprojekten sollen einbezogen werden. <b>Eine digitale Plattform über die KBV/Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erleichtert die Prozesse.</b>
8	1	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position	Der Zugang sollte in der Regel per Überweisung erfolgen, aber auch durch eine Empfehlung möglich sein. Niedrigschwelligkeit ist insbesondere beim Zugang zu dieser Versorgung von Bedeutung, da krankheitsbedingt, wie schon vielfach beschrieben, insbesondere der hier genannten Patientengruppe Zugang zu indikationsgerechter Versorgung erschwert ist. Deswegen entsteht diese Richtlinie.
8	1	<b>GKV-SV</b>	<b>Ablehnung</b> der Position des GKV-SV	s. obige Begründung
8	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	<b>Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligte müssen eine Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können.</b> Erfahrungsgemäß werden das in der Regel Teilnehmende mit Bezug zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein. <b>Eine Einschränkung auf wenige Facharzt-Gruppen ist insbesondere bei dem Ziel, schnelle und niedrigschwellige Versorgung zu ermöglichen, nicht plausibel.</b> Im Übrigen wäre bei Übernahme der Position des GKV-SV eine

				Überleitung einer Behandlung in der Transitionsphase durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht möglich. Es muss allen an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten Ärzten und Psychotherapeuten möglich sein, eine Empfehlung / Überweisung vorzunehmen.
8	3	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	<p>Diese intensivierte Versorgungsform bedarf umfassender Kenntnisse über medizinisch-psychiatrische, psychotherapeutische sowie sozialmedizinische Aspekte der Akutversorgung, der Rehabilitation und Prävention, aber auch der rezidivprophylaktischen Maßnahmen. Da im Rahmen einer stationären Behandlung alle diese Aspekte fachärztlich supervidiert zusammengeführt werden müssen, kann die Empfehlung über die weitere Behandlung insbesondere durch die hier beschriebene intensivierte Form nur fachärztlich erfolgen.</p> <p>Die Entlassung aus einer Klinik im Rahmen des Entlassmanagements nach §39 Absatz 1a SGB V regelt die Entlassung aus einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Behandlung in die Regelversorgung. <b>Die Indikation für die hier beschriebene komplexe Versorgungsform für schwer kranke Patienten bedarf einer besonderen Indikationsstellung und ist damit klarer als im §39 Absatz 1a SGB V festgelegt eine originär fachärztliche oder psychotherapeutische Aufgabe.</b></p>
8	4	<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>Ablehnung</b> dieser Position wird abgelehnt, deshalb „keine Übernahme“ <b>Änderungsvorschlag:</b>	Einer solch kleinteiligen Regelung bedarf es nicht. Es versteht sich von selbst, dass man bei

			„Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.“	Empfehlung auch mitteilt, wo das Angebot umgesetzt werden kann.
8	5	<b>DKG/KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von DKG, KBV und PatV. Ablehnung des Vorschlages des GKV-SV	Die Position des GKV-SV mit der Forderung einer <b>Frist von 3 Tagen nach Empfehlung ist zu eng</b> gefasst, wenn diese regelhaft erfolgen muss. Patientenbezogene Bedingungen, die eine Terminwahrnehmung innerhalb von 3 Tagen verunmöglichen, könnten dann ggf. einen Zugang verhindern.
8	6	<b>DKG/KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von DKG, KBV und PatV Ablehnung des Vorschlages des GKV-SV	<b>Die Regelung ist hier eindeutig und unmissverständlich beschrieben.</b> Die <b>Niedrigschwelligkeit</b> des Zugangs wird deutlich
9	1	KBV	<b>Zustimmung</b> zur Formulierung der KBV Der Absatz soll lauten: „In der Eingangssprechstunde erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst-) Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach Absatz 1 Nummer 1 bis 5.  Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt.	Verweis auf vorangegangene Begründungen zum § 3 Abs. 1

			Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut festgelegt. Die Patienteninteressen sind zu berücksichtigen.	
9	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	Die zur Verfügung stehenden <b>Interventionen werden damit konkretisiert.</b>
9	3	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV, DKG und PatV Ablehnung der Position des GKV-SV	Die <b>Prüfung der Hilfen</b> nicht nur für Kinder, sondern auch von Angehörigen und anderen Bezugspersonen Patientin oder des Patienten ist sinnvoll, da es z. B. auch <b>pflegebedürftige oder schwerkranke erwachsene Angehörige</b> geben kann, mit deren Versorgung/Pflege eine Überforderung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten einher gehen kann.
9	4-6	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zu dieser Position: „keine Übernahme“ Ablehnung der Position des GKV-SV	Regelungen an anderer Stelle Die Einschlusskriterien sind umfassend geregelt und müssen ohnehin dokumentiert werden.
9	7	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV/PatV: <b>Aufnahme des Satzes (7)</b>	Die <b>aufsuchende multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld</b> entspricht einem zentralen Patientenbedürfnis und muss ermöglicht werden. Gerade die <b>Berücksichtigung des Kindeswohls</b> ist besonders wichtig.
10	1	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	Diese Regelung ergänzt die im §1 Absatz 3.2
10	2	<b>KBV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position Aufnahme der Ergänzung „...oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten zu erfolgen.“	s. vorangegangene Begründungen zum Einbezug der approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

10	3	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur Position von GKV-SV, KBV und DKG</p> <p><b>Ablehnung</b> der Position der PatV</p>	<p>Bei der <b>Nennung der weiteren Maßnahmen</b> zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um <b>notwendige Ergänzungen</b>, um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen.</p> <p>Die Position der PatV mit Einführung einer „koordinierenden Bezugsperson“ kann an dieser Stelle entfallen, da dies an anderer Stelle geregelt ist.</p>
11		<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung zu dieser Position unter redaktionellem Einschluss</b> von „oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten“.</p>	<p>Praxisnahe Formulierung</p>
12	1	<b>GKV-SV</b>	<p><b>Unterstützung der Aufnahme der Formulierung:</b> „Dabei ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau mittels des Instrumentes nach § 2 Absatz 3 zu erheben.“</p>	<p>Insbesondere das psychosoziale Funktionsniveau ist von Bedeutung. Für die Erhebung kommt der Mini-ICF durch seine spezifische Eignung und Nutzung bereits im rehabilitativen Versorgungssektor besonders in Frage.</p>
12	2	<b>KBV</b>	<p><b>Zustimmung insbesondere zur KBV-Position.</b></p> <p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Nimmt ein Krankenhaus 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 Entlassungsbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die</p>	<p>Hier handelt es sich um eine praxistaugliche und gut verständliche Formulierung, die die Umsetzung der beabsichtigten Verbesserung des Übergangs im Rahmen des Entlassmanagements erleichtert.</p>

			Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten oder an ein anderes vom Netzverbund ausgewähltes Netzmitglied.“	
12	3	<b>KBV</b>	<p><b>Zustimmung insbesondere zur KBV-Position:</b></p> <p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„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 diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung in der Eingangssprechstunde vereinbart. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen.“</p>	s. Begründung zu §12 Absatz 2
13	1	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung zur Position von KBV/DKG einschließlich Einfügung</b> „oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern	Die quartalsweise Überprüfung des Behandlungserfolgs ist praktikabel und sinnvoll.



			erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4 vorzunehmen.“	
13	2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung zur Position von KBV/DKG einschließlich der Einfügungen der KBV:</b> „...außerhalb der Richtlinie...“ sowie „...oder die Bezugstherapeutin oder Bezugstherapeut...“	Die Konkretisierung <b>verdeutlicht das Anliegen dieser Richtlinie</b> , keinesfalls wird die Regelversorgung reformiert. Diese besteht unverändert nach den bisher geltenden Gesetzen.
13	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV und DKG  Der Absatz soll lauten:  „Bei einer Behandlungsdauer im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie von länger als einem Jahr ist ein Assessment nach § 2 durch einen weiteren Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1, Nr. 1 - 5 aus dem Netzverbund, der nicht Teil des Behandlungsteams ist, durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit dem Behandlungsteam zu bewerten.“	Durch ein Re-Assessment kann flexibel die Überleitung in die Regelversorgung oder bei notwendiger Fortführung der Versorgung nach dieser Richtlinie die Evaluation der erfolgten Interventionen vorgenommen werden. Eine Optimierung des Behandlungsplanes kann so bei Bedarf auf den Weg gebracht werden.
Anlage	Leistungs- module	<b>KBV</b>	Zustimmung zu den Punkten 1-12	Die Punkte 1-12 sind Ergebnis bereits laufender Netzprojekte und haben sich bewährt. Sie werden individuell indikationsspezifisch angewandt.

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>

**Berufsverband Deutscher Nervenärzte BVDN**

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"/>

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

<b>Deutscher Caritasverband</b>				
<b>22. Januar 2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen [KBV/DKG/PatV: und strebt an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen].</li> <li>2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den</li> </ol>	<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>Gerade für den Personenkreis mit hochgradigen und komplexen psychischen Erkrankungen, die häufig durch das bestehende Versorgungssystem überhaupt nicht erreicht werden, ist ein niedrighschwelliges und wohnortnahe Angebot von zentraler Bedeutung.</p>

			<p>bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten insbesondere [KBV/DKG: für] schwer psychisch [KBV/DKG: kranke] Patientinnen und Patienten zur Verfügung.</p> <p>3. [KBV/DKG/GKV-SV: Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen (Ergänzung Caritas. <b>auch</b>) eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten].</p>	<p>Der Personenkreis, der von dieser Richtlinie umfasst wird, sind die schwer psychisch kranken Menschen.</p> <p>Die Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sollte ein wesentliches Ziel dieser ambulanten Komplexversorgung sein. Die Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sollte in der Richtlinie allerdings nicht als alleiniges Ziel formuliert sein. Eine Verkürzung bzw. Vermeidung von stationären Aufenthalten ist anzustreben, jedoch nur in Entsprechung des tatsächlich bestehenden Behandlungsbedarf, der durchaus auch stationär sein kann.</p>
1	3	<b>KBV/PatV</b>	<p>Nummer 3: Leitliniengerechte Behandlung nach der S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN</p> <p>Nummer 4: Unterstützung Position „Bezugspsychotherapeut_in“</p> <p>Begründung zu Nummer 5</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 der Psychosozialen Therapien.</p> <p>Nicht alle Psychotherapeuten, die als Koordinationstherapeuten in Frage kommen, sind Ärzt_innen.</p> <p>Die von GKV-SV/PatV geforderte zusätzlich nicht-ärztliche koordinierende Person neben der ärztlichen Behandlungsleitung lehnt der Deutsche Caritasverband als verpflichtendes Koordinationsmodell lehnt der Deutsche Caritasverband ab. Die Koordination und Steuerung sollte in der Hand einer Person liegen, die für alle Leistungserbringer als Ansprechpartner dient. In der Begründung ist daher der Position der DKG der Vorzug zu geben. Aus denselben</p>

			<p>Einfügung einer neuen Nummer 10:  <b>„Einbezug von Peers“</b></p>	<p>Gründen wird auch die Begründung der PatV zu Nummer 4 abgelehnt.</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 maßgeblich bei.</p>
2	1	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<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, haben Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie.</p>	<p>Die Richtlinie sollte neben dem psychotherapeutischen Behandlungsbedarf durchgängig auch psychosomatischen Behandlungsbedarf aufnehmen.</p> <p>Die Position des GKV, die Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit zur Leistungsvoraussetzung zu machen, wird nachdrücklich abgelehnt. Die Feststellung einer Mitwirkungsfähigkeit darf die Schwelle zur Behandlung dieses Personenkreises, für den aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes ohnehin sehr hohe Zugangshürden für eine Behandlung bestehen, nicht noch weiter erhöht werden. 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 eingebunden werden. Die Caritas unterstützt zudem die Erstellung einer eigenen Richtlinie für Kinder und</p>

				Jugendliche mit schweren komplexen psychischen Erkrankungen. Die Begründung der KBV zu diesem Punkt wird daher unterstützt.
2	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	Übernahme Position KBV/DKG/PatV und Ablehnung Position GKV-SV	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 Krankheitsbildern, sondern auf die Einschränkungen in den gesundheitlichen Funktionen und im Alltagsleben. Auch der Verlauf kann intermittierend sein. Grundsätzlich sollten Patient_innen mit allen Indikationen aus dem Spektrum F00 bis F99 die Versorgung in Anspruch nehmen können. Die Begrenzung auf die Indikationen der Nummern 1 bis 12 in der Position GKV-SV wird von der Caritas daher strikt abgelehnt.
2	3	<b>KBV/DKG</b>	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 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.
3	1	<b>KBV/PatV</b>	Unterstützung der Aufnahme der Fachärzt_innen für Neurologie in den Kreis der Leistungserbringer (Nummer 5)	Bei den komplexen Behandlungsbildern von psychisch schwer erkrankten Menschen kann auch beispielsweise die Diagnose einer Demenz eine Rolle spielen. Daher sollten

				auch die Fachärzt_innen der Neurologie an der Versorgung beteiligt werden könnten.
3	2 i.V. mit 3	<b>GKV-SV/PatV</b>	Ablehnung der Position von GKV-SV/PatV	Die Begründung der DKG wird nachdrücklich unterstützt, wonach die PIA kein eigenständiges Organisationskonstrukt 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 DGK gefolgt werden.
3	4		Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind berechtigt: 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. <b>(Ergänzung Caritas): Leistungserbringer die gemäß §64b SGB V oder §140a ff. SGBV bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen,</b> 4. [GKV-SV/PatV] Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben Aufnahme weiterer Leistungserbringer durch Einfügung neuer Nummern:	Auch Einzelpersonen, die psychiatrische Krankenpflege nach erbringen, haben Verträge als Leistungserbringer_innen nach § 132a. Daher sollte die Formulierung von GKV-SV/PatV übernommen werden. Des Weiteren als zusätzliche Leistungserbringer_innen in ambulanten multiprofessionellen Teams im Wege von Kooperationsverträgen aufzunehmen: Genesungsbegleiter_innen und Sozialpädagog_innen. Da diese Berufsgruppen ihre Leistungen nicht nach dem SGB V erbringen, können sie nicht als Leistungserbringer_innen in Absatz 4 genannt werden, sie sollten jedoch in der Begründung ergänzt werden.  Auch Leistungserbringern, die bereits nach § 64b SGB V Modellprojekte zur berufsübergreifenden Komplexversorgung erbringen, sollten ebenfalls in den Kreis der möglichen Leistungserbringenden aufgenommen werden.

4	1		<p>Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines regionalen [GKV-SV/DKG/PatV] Netzwerkverbundes [KBV: 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 Netzwerkverbundes gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen [KBV/DKG: , psychosomatischen] oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf <b>[ergänzen Caritas: durch Bildung wohnortnaher patientenindividueller Teams.]“</b></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. Sozialpädagog_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 Leistungserbringer_innen besteht, sollte die Kreisgrenze nicht obligat sei.</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>
4	2		<p>„Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt [KBV/DKG/PatV: nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem [GKV/KBV/DKG] regionalen] Netzwerkverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes [KBV/PatV: oder einer Beziehungspsychotherapeut_in] [KBV: in einem patientenindividuellem</p>	<p>Zur Begründung der Ergänzung „in einem patientenindividuellen Behandlungsteam“, s. Kommentierung zu § 4 Absatz 1.</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>



			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].	
4	3		<p>Unterstützung der Positionen KBV/DKG, die anstelle einer vertraglichen Integration von Ergotherapeut_innen, Soziotherapeut_innen und Leistungserbringer_innen von psychiatrischer Krankenpflege in den Netzwerk nach § 4 Absatz 4 verpflichtende Kooperationsverträge mit den drei genannten Leistungserbringer_innen vorsehen.</p> <p>Bezüglich der Gruppengröße wird keines der vier Modelle unterstützt. Der Verbund darf weder zu klein (GKV-SV) noch zu groß (KBV) sein. Es muss auch in strukturschwachen, von Unterversorgung bedrohten Regionen sein, Menschen gemäß der Vorgaben von § 92 Absatz 6b zu versorgen. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben der Gruppengröße sollte sich der GBA jedoch an den Erkenntnissen der Projekte des Innovationsfonds zur berufsübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung von psychisch schwer kranken Menschen mit komplexen Behandlungsbedarf orientieren.</p>	<p>Keines der 4 vorgeschlagenen Netzwerkmodelle erfüllt aus Sicht des Deutschen Caritasverbands alle Kriterien an die Zusammensetzung. Unterstützt wird die Position von GKV-SV, dass am Netzwerk namentlich Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 verbindlich beteiligt werden müssen. Was die Anzahl der Netzwerkpartner anbelangt, ist der Netzwerk nach dem Modell des GKV-SV mit 4 Personen zu klein, der Netzwerk der KBV mit 30 Personen zu groß (auch wenn aufgrund regionaler Besonderheiten von dieser Zahl abgewichen werden kann). Es ist sicher zu stellen, dass Netzverbände auch in strukturschwachen unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen entstehen können. Weder sollte eine kritische Gruppengröße unter- noch überschritten werden. Der Begriff der Region ist dabei auch kreisübergreifend zu denken.</p> <p>Ein weiterer unerlässlicher Punkt für eine kluge, strukturierte und wirksame Versorgung der Patient_innen ist <b>das Zusammenführen Gemeindepsychiatrischer Leistungen aus dem SGB IX und Komplexleistungen aus dem SGB V</b>. 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	<b>KBV/DKG</b>	<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. <b>(Ergänzung Caritas: einer Leistungserbringer_innen die gemäß §64b SGB V oder §140a ff. SGBV bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen, und/oder</b></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 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</p>	<p>Die Caritas unterstützt, dass zwei zentrale Voraussetzungen für die Bildung von Netzverbänden Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus für psychiatrische Versorgung und einen psychosomatischen Schwerpunkt einerseits sowie den Berufsgruppen der Ergo- und Soziotherapeut_innen sowie von Pflegefachkräften für psychiatrische häusliche Krankenpflege erfüllt sein müssen. 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>
---	---	----------------	--	---

			Weise sollen insbesondere Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt und die soziale Integration der Patientin oder. des Patienten gefördert und stabilisiert werden.]	
4	5	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<p>Vertreterinnen und Vertreter folgender Berufsgruppen oder Einrichtungen können bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zugelassene Ergotherapeut_innen nach § 124 SGB V</li> <li>2. [KBV/DKG: Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrags gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen]</li> <li>3. Soziotherapeutische Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,</li> <li>4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V</li> <li>5. Zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen (<b>Ergänzung Caritas: und ambulante Pflegedienste</b>), die einen <b>Versorgungsvertrag</b> nach § 72 SGB XI <b>abgeschlossen haben.</b></li> <li>6. (<b>Ergänzung Caritas: Dienste und Einrichtungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 ff SGB XII.</b></li> </ol>	<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 <b>Komplementärangebote</b> in eine Komplexversorgung einbezogen werden können, aufgenommen werden. Dies 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 vom GKV-SV in Absatz 5 Satz 3 Nummern 4 und 5 sollten beispielhaft in die Begründung übernommen werden. Die Einrichtungen nach § 67 ff SGB XII müssen aufgenommen werden, da in den Hilfen in Besonderen</p>

			<p>7. Wohneinrichtungen für psychisch Kranke, [7. KBV/DKG: Suchtberatungsstellen, 8. Ambulante betreute <b>Wohngruppen einrichtungen</b> für Demenzkranke]</p> <p>9. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Vertreter dieser Berufsgruppen sind bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten bis zum 21. Lebensjahr einzubeziehen, sofern eine besondere Expertise hinsichtlich transitionspsychiatrischer oder -psychotherapeutischer Aspekte erforderlich ist.</p>	<p>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: <a href="https://www.aerzteblatt.de/archiv/161496/Psychiatrische-Versorgung-Obdachlose-sind-haeufig-psychisch-krank">https://www.aerzteblatt.de/archiv/161496/Psychiatrische-Versorgung-Obdachlose-sind-haeufig-psychisch-krank</a> , <a href="https://taz.de/Psychisch-krank-und-obdachlos/!5651808/">https://taz.de/Psychisch-krank-und-obdachlos/!5651808/</a> )</p>
4	7	<b>DKG</b>	<p>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.</p>	<p>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 die Position der DKG unterstützt.</p>
4	9	<b>PafV</b>	<p>Der Netzverbund ist für die Organisation der Leistungen nach dieser Richtlinie und die Erreichbarkeit verantwortlich. Er teilt der Kassenärztlichen Vereinigung, der zuständigen</p>	<p>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</p>

			Landeskrankenhausgesellschaft <del>sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss</del> folgende Informationen für eine Veröffentlichung des Verzeichnisses der bestehenden Netzverbände auf deren jeweiligen Internetseiten mit: Name, <del>Ort</del> , <b>Adresse</b> , Ansprechpartner, Erreichbarkeit, Kooperationspartner, Leistungsangebot. <b>Die Informationen werden auf den Internetseiten barrierefrei veröffentlicht.</b>	einen niedrig schwelligen Informationszugang. Die Veröffentlichung der Daten muss barrierefrei zur Verfügung gestellt werden.
4	10		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 Versorgung in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden. Sie sollen von der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder von der Bezugspsychothrapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten 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	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) 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 Netzwerk nicht angehören.

			<p>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.</p>	
5	1		<p>Fachärzt_innen für Neurologie sollten in den Kreis der möglichen Fachgruppen der Bezugärzt_innen einbezogen werden. Die Positionen von KBV und PatV werden daher ausdrücklich unterstützt.</p>	<p>Fachärzt_innen für Neurologie spielen u.a. bei der Versorgung von Patient_innen mit Demenz oder bei Hirnverletzungen eine wesentliche Rolle und sollte daher auch in den Kreis derer, die als Bezugärzt_innen oder -psychotherapeut_innen fungieren, einbezogen werden.</p>
5	2	<b>KBV</b>	<p>KBV Position soll übernommen werden.</p>	<p>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 der Caritas ist ein niedrigschwelliger Zugang zum Versorgungsnetzwerk entscheidend. Daher sollte der/die erst angegangene Arzt/Ärztin bzw. Psychotherapeut_in auch die Funktion des Bezugsarztes/-der psychotherapeutin übernehmen. Nur wenn die Behandlungsplanung maßgeblich mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam und mit dem behandelnden Team erfolgt, sind Interventionen tragfähig.</p>

5	3	<b>KBV</b>	KBV-Position soll übernommen werden.	Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines patientenindividuellen und patientenzentrierten Behandlungsteams erforderlich. Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt das Behandlungsteam zusammen. Das Behandlungsteam wird aus benannten und passenden Teilnehmern anhand des Bedarfes der Patientin/des Patienten aus dem Netzverbund gebildet. Kooperationspartner sind patientenindividuell einzubinden.
5	4	<b>KBV/DKG</b>	Die Position von KBV und DKG wird mit 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. <b>(Ergänzung Caritas: Er veranlasst Fallbesprechungen zu Diagnostik und Therapie, sofern im Einzelfall erforderlich.“)</b>	Die Aufgaben des/der Bezugsarztes/der Bezugärztin oder 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	<b>KBV/DKG</b>	Die Koordination der Versorgung dieser Patient_innen nach dieser Richtlinie erfolgt durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt [KBV: oder die Bezugstherapeutin oder der Bezugstherapeut}. Teile der Koordinationsaufgabe können entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben an Personengruppen nach Absatz 2 oder an andere Netzmitglieder übertragen werden.	Da die Verantwortung für den Gesamtplan beim Bezugsarzt/der Bezugärztin oder -psychotherapeut_in liegt, sollte er/sie auch die Koordinationsverantwortung haben. Der Vorschlag von GKV-SV und PatV, wonach die nicht—ärztliche Koordinierungsperson letztlich auch gegenüber der Bezugärztin/dem Bezugsarzt weisungsgebunden ist, ist stringenter und wird daher von der Caritas unterstützt.

6	2		<p>Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen: [KBV: , diese sollten] über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen,:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Fachangestellte</li> <li>2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V</li> <li>3. [KBV/DKG: Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen]</li> <li>4. [KBV/DKG; Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen]</li> <li>5. [PatV; Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</li> <li>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,</li> <li>7. Pflegefachpersonen,</li> <li>8. Psychologinnen und Psychologen.]</li> </ol>	<p>Es ist praxisgerecht, wenn Teile der Koordinationsaufgaben, z.B. solche, die nicht-ärztliche Tätigkeiten betreffen, auch von den im Netzverbund beteiligten Berufsgruppen übernommen werden können. Sie sollten idealerweise über eine Zusatzqualifikation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verfügen. Der Vorschlag von KBV/DGK wird daher unterstützt, allerdings erweitert um die Position der PatV, dass auch Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoginnen, nicht auf psychiatrische Krankenpflege spezialisierte Pflegefachkräfte und Psychologinnen und Psychologen.</p>
7	1		<p>Die am Netzverbund teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine</p>	<p>Wesentlich für eine gute Versorgung der Patientengruppe ist eine rasche Anamnese und Diagnostik und eine Rund-um-die Uhr Betreuung, um Krisensituationen jederzeit abdecken</p>



		<p>geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung erfolgt,</li> <li>2. [KBV/DKG/PatV: die Herstellung des Erstkontakts in der Eingangssprechstunde zum Netzwerk nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen)]</li> <li>3. die Diagnostik und der Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes zeitnah erfolgen (nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2)</li> <li>4. eine einheitliche Patientenkommunikation (gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation) gewährleistet ist,</li> <li>5. Eine [KBV/DKG: einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation] erfolgt</li> <li>6. Eine sichere elektronische Kommunikation innerhalb des Netzwerks gewährleistet ist,</li> <li>7. Eine [PatV: 24 stündige Erreichbarkeit] für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen</li> </ol>	<p>zu können. Von zentraler Bedeutung bei der Patientenkommunikation sind alle Formen der „unterstützten Kommunikation“. In die Begründung aufgenommen werden sollte, dass die Kommunikation barrierefrei erfolgen muss, ggf. unter Hinzunahme von Sprach- und Gebärdendolmetschern und in einfacher Sprache.</p> <p>Bezüglich der sicheren elektronischen Kommunikation weist der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass noch nicht alle Leistungserbringer_innen im Netzwerkverbund an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, wie z.B. die ambulanten Pflegedienste, weil die gematik die technischen Voraussetzungen hierfür noch nicht bereitgestellt hat. In der Begründung ist darauf hinzuweisen bzw. zu verankern, sofern die jeweiligen Leistungserbringer an die TI angeschlossen sind.</p>
--	--	--	---

			<p>mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht</p> <p>8. regelmäßig Netzverbundkonferenzen stattfinden.</p> <p>9. patientenorientierte Fallbesprechungen [KBV: im Behandlungsteam] unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. 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>10. vereinbarte Qualitätsmanagementverfahren eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (bzw. Qualitätszirkel) erfolgt.</p>	
7	3	<b>KBV/DKG</b>	Kann so übernommen werden	Für eine zeitnahe und niedrig schwellige 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	<b>KBV/PatV</b>	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	<b>KBV/DKG/PatV</b>	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 Netzverbands 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.
8	2	<b>PatV</b>	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	Die Caritas unterstützt nachdrücklich 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.

			<p>1. Alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten,  2. Sozialpsychiatrische Dienste oder  3. Psychosoziale Beratungsstellen</p>	
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 Netzwerkes 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 Netzwerkes 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	<b>DKG/KBV/PatV</b>	Der Netzverbund hat für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung [KBV/DKG/PatV: oder Überweisung] einen Zugang [DKG/KBV/PatV: zur Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Werktagen nach Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung sicherzustellen].	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 die erste Abklärung ist zeitlich zu ambitioniert, realistisch ist die Zeitspanne von 1 Woche, wobei überlegt werden kann, die 7 Werktage in der Position von DKG/KBV/PatV auf 5 Werktage zu verkürzen.
8	6	<b>KBV/DKG/PatV</b>	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		[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 Bezugpsychotherapeutin oder der Bezugpsychotherapeut] 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	3		Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder 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.	Ein Aufzeigen und Vermitteln von Ressourcen außerhalb des Gesundheitssystems tragen wesentlich zur Stabilisierung 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	<b>KBV/PatV und DKG</b>	Keine Übernahme Position GKV-SV	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	6	<b>GKV-SV</b>	Keine Übernahme Position GKV-SV	Der vom GKV-SV vorgeschlagene Regelungsinhalt des § 9 Absatz 6 ist bereits in § 4 Absatz 10 (Position KBV) enthalten, der von der Caritas unterstützt wird.
9	7	<b>KBV/PatV</b>	Patientinnen und Patienten können im Bedarfsfall 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 und wird durch die Bezugärztin oder den	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. Gestrichen werden muss jedoch der Satz: „Voraussetzung für die Durchführung der multiprofessionellen Versorgung im Lebensumfeld ist die Eignung des Lebensumfeldes.“ Auf Patientenwunsch ist das Lebensumfeld miteinzubeziehen, dies muss auch bei der zugehenden multiprofessionellen Behandlung im Lebensumfeld somit in

			<p>Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten koordiniert. Im Rahmen der Anlage umfasst sie insbesondere folgende Maßnahmen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stärkung der Eigenkompetenz z. B. durch Psychoedukation und Adhärenzförderung etc.</li> <li>2. Förderung von sozialen Fähigkeiten und Kontakten, z. B. durch soziales Kompetenztraining und Hilfeintegration, Coaching durch Genesungsbegleiter</li> <li>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.]</li> </ol>	<p>jedem Einzelfall gegeben sein und darf nicht von Voraussetzungen abhängig gemacht werden (Eignung des Lebensumfelds). Eine netzwertherapeutische Leistung führt in der Regel zu Genesungsförderung des/der Betroffenen und Ihrem/dessen Umfeld. Durch eine Beurteilung der Eignung des Umfeldes zur Beteiligung werden sowohl der Patientenwille übergegangen als auch mögliche Beziehungsabbrüche begünstigt. Dieser Ansatz wäre eine Weiterführung des veralteten Verständnis von Behandlung im Bereich der seelischen Gesundheitsversorgung.</p>
10	1	<b>GKV-SV/DKG/PatV</b>	<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 Bezugsärztin oder den Bezugsarzt [PatV/KBV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten] erstellt. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind an der Behandlung beteiligte</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 Ergotherapeut_innen und Soziotherapeut_innen sind explizit zu benennen.</p>

			<p>Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum möglichen Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen, psychotherapeutischen (<b>Ergänzung Caritas: sowie psychiatrisch-pflegerischen und sonstigen pflegerischen Maßnahmen</b> und den Bedarf an [GKV-SV/PatV: Soziotherapie und psychiatrischer Krankenpflege <b>Ergotherapie</b>]</p>	
10	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 Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten] [GKV-SV/PatV:nach Absatz 1] zu erfolgen.</p>	<p>Der Gesamtbehandlungsplan ist kein statisches Erhebungsmittel. Bedarfe 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-, bedarfs- und fallspezifisch.</p>
10	3	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<p>Kann so übernommen werden.</p>	<p>Da schwere psychische Erkrankungen in vielen Fällen mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, ist im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes auch der Bedarf an Behandlungen von somatischen Erkrankungen im Behandlungsplan zu erfassen.</p>



10	4		Kann so übernommen werden. Der Kriseninterventionsplan sollte in „Krisen-Recovery und Genesungsplan“ umbenannt werden.	Es sollte Krisen – Recovery und Genesungsplan heißen, um auch den Aspekt der Weiterentwicklung durch Krisen zu erfassen.
11		<b>KBV/DKG</b>	Kann so übernommen werden mit folgenden Ergänzungen aus der Position der PatV zu Nummer 1: „die Vernetzung <b>und Sicherstellung der Kommunikation</b> 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		Kann so übernommen werden (ohne Pos. GKV-SV)	§ 12 regelt den Sektorenübergang aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung, sofern dieser im Einzelfall gegeben ist. Wichtig ist eine möglichst frühzeitige Erfassung des Bedarfs an ambulanter Anschlussversorgung i.S. dieser Richtlinie.
12	2	<b>KBV/DKG</b>	[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 Bezugärztin oder den Bezugsarzt [KBV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder	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.

			den Bezugspsychotherapeuten] <b>(Ergänzung Caritas: und informiert diese/n über das voraussichtliche Datum des Entlasstags.)</b>	
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	<b>KBV/DKG</b>	Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und die Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele sind regelmäßig, mindestens jedoch quartalsweise, durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt [KBV: oder die	Die Position von GKV/PatV, wonach regelmäßige Kontrolluntersuchungen, deren Frequenz auch noch festgelegt werden soll, stattfinden sollen, ist abzulehnen. Welche Maßnahmen im Einzelnen erforderlich sind, soll durch die Bezugsärztin/den Bezugsarzt beurteilt werden.

			Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4] vorzunehmen. Sofern erforderlich sind die Therapieziele des Behandlungsplans anzupassen.	
13	2	<b>KBV/DKG</b>	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 Bezugsärztin 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 in andere Versorgungsformen.	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.
13	3	<b>KBV/DKG</b>	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 Netzwerk, [KBV: der bisher nicht Teil des Behandlungsteams ist], durchzuführen.	.Eine Dauer von 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.

			Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit [KBV: dem Behandlungsteam] zu bewerten.	
14			Wird so übernommen.	Für die Evaluation dieser Richtlinie muss ein ausreichender Zeitpunkt der Erprobung zur Verfügung stehen. 5 Jahre sind hier angemessen.

**Deutscher Caritasverband**

**Eva Welskop-Deffaa**

**Vorstand Sozial- und Fachpolitik**

**Kontakt**

Dr. Elisabeth Fix, Deutscher Caritasverband, Berliner Büro, Referentin Gesundheitspolitik, Pflege und Rehabilitation, Tel. 030 2844447 46, elisabeth.fix@caritas.de

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

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"/>

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

**Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V (BAG GPV).**

**24.01.2021**

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

**eine verbindliche Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit komplexen psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfen wird seitens der BAG GPV außerordentlich begrüßt, stellt dieses Vorhaben doch einen weiteren Schritt in Richtung der Sicherstellung regionaler Versorgungsverpflichtung dar. Ob und wie diese Richtlinie umgesetzt und dazu beitragen kann, ist schwer vorherzusagen. Vielleicht könnten finanzielle Anreize ein solches Unterfangen unterstützen und fördern. Wesentlich wird es darauf ankommen, bei den beteiligten Akteur\*innen eine Haltung zu fördern, die Kooperation und Vernetzung vermehrt ins Zentrum der Bemühungen rückt. Dies zeigt sich gerade in den Regionen, die in der BAG GPV vertreten sind und verweist auf die Bedeutung und Wichtigkeit einer Kultur, die durch normative Prinzipien wie „Keiner kann´s allein“ und „Niemand darf verloren gehen“ geprägt ist. Dies sollte einhergehen mit der Sicherstellung der Vernetzung mit den Einrichtungen der „Sozialen Teilhabe nach SGB IX“, da sich der anvisierte Personenkreis dort vorrangig in Betreuung befindet.**

**Um die Richtlinie konstruktiv in die Praxis umzusetzen, ist diese Verbindung unabdingbar, wie auch zum anderen die Einbindung an und in die koordinierenden Gremien nach den PsychKG´s und der regionalen Psychiatrieplanung. Es muss vor allem darauf geachtet werden, dass die beabsichtigten Netzverbände nicht als Parallelstruktur zu den regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) oder den wie auch immer benannten regionalen Strukturen der verbindlichen Kooperation und Vernetzung eingerichtet werden. Demgemäß sollte eine verbindliche Mitgliedschaft in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden oder eben den analogen Strukturen der regionalen Vernetzung festgeschrieben werden. Die Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen kann nur in einem regionalen Verbund erfolgen, der einrichtungs- und rechtskreisübergreifend sowie leitliniengerecht organisiert ist.**

**In diesem Sinne nehmen wir im Folgenden zu den einzelnen Paragraphen und Abschnitten Stellung.**

**Mit freundlichem Gruß**

**Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.**

**Gez. Dieter Schax und gez. Dr. Klaus Obert**

<b>(Für den Vorstand)</b>				
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>				
<b>Beispiele:</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Position</b>	<b>Stellungnahme/Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
4	3	KBV		
6	1	KBV/DKG		
Bitte geben Sie immer den jeweiligen Paragraphen an.	Bitte nutzen Sie für jeden Absatz eine eigene Tabellenzeile.	Bitte geben Sie jeweils an, von wem die Position vertreten wird, zu der Sie Stellung nehmen.	Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.
1	1		Statt Erleichterung der Übergänge sollte eine Sicherstellung festgeschrieben werden.	Im Sinne der bereits oben beschriebenen Vernetzung ist die Sicherstellung unbedingt anzustreben.
1	2 (Nr. 3.)	KBV/DKG/SKV-SV	Zustimmung	Verkürzung und Vermeidung als ein wichtiges Ziel von stationären Aufhalten, so dass eine Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes in den ambulanten Bereich ermöglicht wird.
1	3 (Nr. 4)	KBV/PatV	Die Behandlungsleitung soll auch durch Bezugspsychotherapeut*in erfolgen	Die Hinweise zur Ergänzung der Berufsgruppe sind an sämtlichen von der PatV eingebrachten Stellen in der Richtlinie zu berücksichtigen.

1	3 (Nr. 6)		Die Gesamtbehandlung muss in Abstimmung mit Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach SGB IX erfolgen.	Behandlung und Teilhabeleistungen sind zu koordinieren und abzustimmen.
1	3 (Nr. 9)		Ein strukturierter Austausch zur Sicherstellung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.	Im Sinne der regionalen Vernetzung und unter Beachtung des Gesamtversorgungskontextes (regionale Versorgungsverpflichtung) ist dies unabdingbar. Fallkonferenzen u. ä. haben in diesem Sinne immer mit sämtlichen Fallbeteiligten einer Region unter strenger (verpflichtender) Beachtung des Patient*innenwillens stattzufinden.
2	1 und 2	KBV/DKG/PatV	Zustimmung, weil am umfassendsten ausgearbeitet,	Beim Zugang ist darauf zu achten, dass keine verallgemeinerten Ausschlusskriterien verfasst werden, z. B. durch Ausschluss bestimmter Diagnosegruppen. Auch darf die fehlende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit (GKV-SV) bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kein Ausschlusskriterium sein. Sie muss ein anzustrebendes Ziel sein.
2	3	PatV	Zustimmung	
2	4		Zustimmung	
3	1	PatV	Zustimmung (Ergänzung um Psychotherapeut*innen)	s. o.
3	2	GKV/PatV	Zustimmung	



3	3	PatV	Zustimmung	
3	4		Zustimmung	Hinweis zu Nr. 3: Pflegefachpersonen als Einzelpersonen sollten nicht teilnahmeberechtigt sein (Das verstehe ich nicht ganz????)
3	Gesamt		Ergänzungsvorschlag: Teilnahmeberechtigt an dieser Richtlinie sind auch Leistungserbringer, die einen Vertrag nach SGB IX zur Erbringung von Leistungen zur Sozialen Teilhabe abgeschlossen haben, wenn sie gleichzeitig auch Leistungen nach SGB V und/oder XI erbringen.	Es wäre im Rahmen einer regionalen Versorgungs- und Behandlungskontinuität erforderlich, Leistungsanbieter aus der Sozialen Teilhabe nach SGB IX nicht von vornherein auszuschließen. Es macht Sinn sie zu beteiligen, vor allem wenn sie einen SGB V oder XI Vertrag haben und somit auch in diesen Rechtskreisen aktiv sind.
4	1	GKV-SV/DKG/PatV	Zustimmung: Der regionale Bezug ist hier verbindlich festzuhalten. Die im weiteren Verlauf gewählten Formulierungen fordern zwingend eine entsprechende Vernetzung mit weiteren Leistungen und Leistungsträgern vor allem aus dem Bereich der Sozialen Teilhabe nach SGB IX. Daher ist die Mitgliedschaft des Netzverbundes in einem GPV oder einem vergleichbaren regionalen Netzwerk notwendig.	Die SGB V Orientierung ist nachvollziehbar, entspricht aber nicht den praktischen Erfordernissen bei diesem Personenkreis. Deshalb sollte die Teilnahme von Bausteinen der Sozialen Teilhabe nach SGB IX sichergestellt werden.
4	2	PatV	Die Kooperation ist das Mindestmaß, welches hier festzuschreiben ist.	(siehe Anmerkung zu § 3)
4	3	PatV	Zustimmung	
4	4		Streichen	
4	5	PatV	Zustimmung	

4	6	GKV-SV	Ablehnung	Das muss an anderer Stelle in der Richtlinie geregelt werden.
4	7		Ergänzung: Die Mitgliedschaft in einem regionalem Verbund, wie z. B. einem GPV, ist nachzuweisen.	s. o.: regionale Vernetzung, Vermeidung von Parallelstrukturen
4	8	PatV	Zustimmung	Die Übergangsfrist ist sinnvoll und wichtig im Sinne von nachhaltigen Strukturen.
4	9	PatV	Zustimmung	
4	10	PatV	Zustimmung	Die Teilnahme an Fallkonferenzen und der Einbezug von Vorbehandlern ist nicht nur sinnvoll, sondern darüber hinaus auch verbindlich festzuschreiben. Ergänzend bedarf es evtl. einer Regelung, wie diese Leistungen vergütet werden.
5	1	PatV	Zustimmung	
5	2	PatV	Zustimmung	
5	2	KBV und DKG	Zustimmung bzgl. Patientenwille	
5	3	KBV	Ablehnung	Ein personenzentrierter Ansatz bei der Teambildung ist durchaus zu begrüßen. Allerdings erscheint die Bildung von patientenindividuellen Teams sehr realitätsfern. Die Bildung von Behandlungsteams darf darüber hinaus nicht durch die behandelnden Ärzte/Ärztinnen festgelegt werden, sondern wird von den jeweiligen Leistungserbringern gemeinschaftlich

				festgelegt.
5	4	GKV-SV/PatV	Zustimmung	
5	5		Zustimmung	
6	1	PatV	Zustimmung 1. Bis 3.	Zu 1.: Die von der GKV-SV vorgeschlagene Weisungsgebundenheit ist unbedingt abzulehnen. Die in § 11 beschriebenen koordinierenden Tätigkeiten sind den behandlerischen Einzelmaßnahmen übergeordnete Tätigkeiten, die nicht in der Behandlungshierarchie einer Einzelmaßnahme oder eines einzelnen Leistungsanbieters zu verorten sind. Sie erfolgen immer aus der Sicht des Gesamtbehandlungsplans, unter Berücksichtigung der Teilhabeplanung nach SGB IX und ggfs. weiterer Leistungen.
6	2	PatV Beteiligung	Zustimmung	
6	2 Nr. 1-4	DKG zu 1.	Ablehnung	Medizinische Fachangestellte sind hierfür nicht ausreichend qualifiziert.
6	2	Zu 2.	Zustimmung	
6	2	PatV zu 3. und 4	Zustimmung zu Leistungserbringern, nicht zu Einzelpersonen	
6	2	GKV-SV/PatV zu 5-8	Zustimmung	
6	3	GKV-SV	Ablehnung	Die Tätigkeit der Fallkoordinierung wird im Einzelfall unter Berücksichtigung des

				Willens der Patient*innen festgelegt. Daher gibt es im Netzverbund keine abschließend festgelegten Personen, die ausschließlich diese Tätigkeit verrichten. Der Anteil der koordinierenden Tätigkeiten an der Gesamttätigkeiten einzelner Mitarbeiter*innen ist von daher irrelevant.
7	1	Gesamt	Im Wesentlichen Zustimmung, mit Einschränkungen: zu 3.: hier muss der Begriff Assessment verwendet werden. (PatV) zu 7.: eine 24 Stunden Erreichbarkeit ist zwingend notwendig (PatV)	
7	2		Zustimmung	
7	3	GKV-SV/PatV	Zustimmung	Mit Einschränkungen
7	4	PatV	Zustimmung	Die Funktion der Netzverbundbeauftragten kann lediglich als Option gedacht werden. Die Verbände müssen sich vor Ort nach regionalen Gegebenheiten organisieren.
8	1	KBV/DKG/PatV	Zustimmung	
8	1	GKV-SV	Ablehnung	Eine Reduzierung auf ärztliche oder psychotherapeutische Leistungserbringer*innen ist an dieser Stelle nicht sinnvoll.
8	2	PatV	Zustimmung	Es ist sinnvoll, das ärztlich/medizinische Zuweisungsspektrum im Sinne einer regionalen Verbundstruktur zu erweitern.

8	3	PatV bzw. KBV/PatV	Zustimmung Entlassungsplanung Zustimmung	
8	4	KBV/DKG/PatV	Zustimmung	Dem Wunsch und Willen des/r Patienten/in ist Rechnung zu tragen.
8	5	Gesamt	Ablehnung 3 Tage und Ablehnung 7 Tage	Der Zugang muss in jedem Fall so schnell wie möglich erfolgen. Starre Fristen machen hier wenig Sinn, es muss vom Einzelfall abhängig gemacht werden. In einer Not- bzw. Krisensituation muss der Zugang innerhalb eines Tages möglich sein. Eine Frist von 7 Tagen darf auf keinen Fall überschritten werden.
8	6	KBV/DKG/PatV	Ein Assessment ist in diesem Zusammenhang das geeignetere Instrument.	Ein Assessment schließt weitergehende Faktoren und nicht nur medizinische mit ein und stellt somit einen ganzheitlicheren Kontextbezug her.
9	1	DKG/PatV	Zustimmung	Auch hier ist dem Begriff Assessment der Vorzug zu geben. Außerdem macht hier ein vorläufiger Behandlungsplan zunächst Sinn. Bei der Festlegung des/r Bezugsarztes/ärztin sind wiederum die Wünsche der Patienten unbedingt zu berücksichtigen.
9	3		Zustimmung	Angehörige mitauführen
9	5	GKV-SV	Zustimmung	
9	7	PatV KBV	Zustimmung Zustimmung lediglich zu Satz 1 in der Klammer, ansonsten Ablehnung	Die von der KBV hier vorgeschlagene koordinierte Zusammenarbeit mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden oder analogen Strukturen ist zu

				<p>begrüßen.          Abgelehnt werden muss aber die im Absatz erwähnte Koordinierung der aufsuchenden multiprofessionellen Therapie durch den/die Bezugsarzt/Ärztin. Hier ergibt sich ein klarer Widerspruch zu § 11.          Abzulehnen ist auch die eingeschränkte Einbeziehung des Lebensumfelds durch die vorgesehene Eignung. Das Lebensumfeld muss stets einbezogen werden.</p>
10	1 + 2	PatV	Zustimmung mit Ergänzung	<p>Im Sinne der oben erwähnten regionalen und sektorübergreifenden Vernetzung muss der Gesamtbehandlungsplan mit dem Teilhabeplan nach SGB IX verknüpft sein.</p>
10	3	PatV	Zustimmung mit folgender Ergänzung zu Satz 3	<p>Im oben beschriebenen Sinne muss die Koordinierende Bezugsperson nicht zwangsläufig aus Einrichtungen des Netzverbands bestimmt werden. In einem solchen Fall wäre die Leistung dennoch über diese Richtlinie nach SGB V zu vergüten.</p>
11		PatV	Zustimmung	<p>Die Beschreibung der koordinierenden Tätigkeiten ist umfassend und knüpft an bewährte gemeindepsychiatrische Standards an.</p>
12	1		Zustimmung	
12	2	PatV	Zustimmung	<p>Die Koordinierende Bezugsperson ist auf jeden Fall einzubeziehen.</p>

12	3	PatV	Zustimmung	Gleiche Vorgehensweise für alle Krankenhäuser
13	1	GKV-SV/PatV	Zustimmung	
13	2	GKV-SV/PatV	Zustimmung plus Ergänzung	Das Vorliegen der Voraussetzungen ... ist ... unter Einbeziehung der Koordinierenden Bezugsperson zu überprüfen ...

**Voraussetzungen für die Teilnahme an der**

**mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021**

**Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.**

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

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

<b>Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e. V. German Association for Psychodynamic Psychotherapy (GAPP)</b>				
<b>24.01.2020</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
			<p>In der DFT sind 29 staatlich anerkannte psychodynamische Aus- und Weiterbildungsinstitute organisiert sind. Zusammen bilden die DFT-Institute über 80% aller psychodynamischen Ausbildungskandidat*innen bundesweit aus (angehende Psychologische Psychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen und ärztliche Psychotherapeut*innen). Insgesamt hat die DFT über 1500 Mitglieder (555 ordentliche, 966 außerordentliche, 2 assoziierte). Diese Mitglieder sind niedergelassen, klinisch stationär tätig, in Ausbildung, lehrend oder auch wissenschaftlich tätig und sind alle durch die Regelungen betroffen, da sie in der Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter tätig sind, zukünftige Psychotherapeut*innen (die dann an der Versorgung teilnehmen werden) ausbilden oder zu Konzepten und Methoden forschen, wie schwer psychisch kranke Versicherte zukünftig besser zu versorgen wären.</p> <p>Menschen, die von schweren und oft chronischen psychischen Erkrankungen betroffen sind, haben häufig einen erhöhten Behandlungsbedarf durch mehrere Leistungserbringer (Fachärzt*innen vieler medizinischer Disziplinen, Psychotherapeut*innen, Soziotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, ambulante Pflegedienste, gesetzliche Betreuung, betreutes Wohnen, Krankenhäuser mit ggf. angeschlossenen Ambulanzen etc.). Bisher gibt es in der ambulanten Versorgung keine Möglichkeit der strukturierten und vernetzten Versorgung, was nun mit der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V verändert werden soll.</p>	



Die DFT begrüßt dieses Vorhaben, unterstützt ausdrücklich die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer und sieht vor allem folgende Punkte als wichtig an:

1. Der Behandlungsbedarf von Menschen, die von schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen betroffen sind, sollte nicht ausschließlich diagnose- und leitlinienorientiert ermittelt werden. Gerade bei den Betroffenen solcher Erkrankungen ist der Behandlungsbedarf patientenorientiert zu ermitteln; alle Störungsbilder des Kapitels F der ICD 10 können zu schweren und chronifizierten Krankheitsverläufen führen. Gerade zum Beispiel die dissoziativen und/oder psychosomatischen Erkrankungen gehen mit einer ausgeprägten Chronifizierungsgefahr, Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Frühberentungsquote einher. Ob dies bei schweren und chronifizierten Verläufen der Fall ist, hängt u. a. von persönlichen Resilienzfaktoren, sozialer Unterstützung, Berücksichtigung sensorischer und körperlicher Faktoren sowie einer objektivierenden Bewertung der Erkrankung, des Krankheitserleben, der Krankheitsdarstellung und -konzepte der Patient\*innen, Berücksichtigung der Therapie- und Änderungsmotivation unter Einbezug von Veränderungsressourcen/Veränderungshemmnissen der Patient\*innen und des sozialen Kontextes sowie deren Berücksichtigung in der Behandlungsplanung ab.
2. Deshalb sollten psychologische Psychotherapeut\*innen, ärztliche Psychotherapeut\*innen und Kinder-Jugend-Psychotherapeut\*innen aus dem ambulanten und stationären Bereich eine zentrale koordinierende Rolle übernehmen; die medizinisch-somatischen und medikamentös orientierten Behandler\*innen (ambulant und stationär) dürfen an dieser Stelle nicht alleine federführend sein. In den internationalen Leitlinien ist dies bereits Realität, weshalb auch in Deutschland aufgrund einer geforderten Leitliniengerechtigkeit psychotherapeutische Interventionen eine zentrale Bedeutung haben.
3. Betroffene Menschen mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf benötigen das Gefühl, mit ihrer Krankheit nicht alleine zu sein. Sie sollten genauso aufgefangen werden, wie Patient\*innen, die von schweren körperlichen Erkrankungen wie Krebs betroffen sind. Hierfür sind regelmäßige beziehungsbasierte Kontakte überlebensnotwendig. Oft sind diese zum Aufbau von Tagesstrukturen und Förderung der Alltagsfähigkeit in der aufsuchenden Krankenpflege oder Soziotherapie zu finden. Doch die Bearbeitung der den schweren Erkrankungen meist zugrunde liegenden interpersonellen psychischen Themen muss psychotherapeutisch erfolgen. Hierfür ist besonders die psychodynamische Psychotherapie prädestiniert.

4. Da die Beziehungskonstanz ein wichtiger Faktor in der Behandlung betroffener Menschen darstellt, sollten Wechsel vertrauter Behandler möglichst vermieden, vorbereitet und begleitet werden sowie bereits etablierte vertraute Behandler unbedingt in das Netzwerk der koordinierten Versorgung einbezogen werden.
5. Wichtig ist auch, bessere Übergänge von der stationären in die ambulante Behandlung (und umgekehrt) zu ermöglichen.
6. Es müssen neue Abrechnungsziffern geschaffen werden, damit bei Bedarf eine aufsuchende psychotherapeutische Behandlung möglich wird. Dies betrifft nicht nur den schizophren erkrankten Personenkreis, sondern z. B. auch Menschen, die von schweren Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungsstörungen usw. betroffen sind, da alle Störungsbilder des Kapitels F der ICD 10 zu schweren und chronifizierten Krankheitsverläufen führen können. Durch die geplante berufsgruppenübergreifende koordinierte Versorgung wird ein gründlicher und regelmäßiger Austausch aller Behandler\*innen notwendig, wofür ebenfalls Abrechnungsziffern und Strukturen (z.B. verpflichtender regelmäßiger „Runder Tisch“ mit allen Beteiligten) eingeführt werden müssen.
7. Auch sollten Möglichkeiten zur ambulanten Krisenintervention ausgebaut werden, wie z. B. Möglichkeiten einer Präsenz-Betreuung am Wochenende oder einer kurzfristigen Übernachtbetreuung. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ sollte auch in der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen gelten.
8. Auch in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind bessere Schnittstellen zwischen Schule und ambulanter Therapie zu fördern (z. B. auch hier durch Abrechnungsziffern zur aufsuchenden Psychotherapie, zu runden Tischen oder zu Interventionen, die in der Schule erfolgen). Des Weiteren sollten ambulante hybride Beschulungsmöglichkeiten etabliert werden, um erkrankte Kinder und Jugendliche dabei zu unterstützen, weiterhin am Unterricht teilzunehmen und die Rückführung in den Präsenzunterricht zu erleichtern.

**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021**

**Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/  
Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e. V.  
German Association for Psychodynamic Psychotherapy (GAPP)**

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>

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

<b>Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2.1	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zur Ausführung: „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Eine Trennung zwischen psychiatrischem und psychosomatischem Behandlungsbedarf ist nicht immer möglich. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen sind auch gleichzeitig psychosomatisch bzw. somatisch erkrankt. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. Psychosomatisch erkrankten Menschen mit zusätzlichem psychiatrischem Behandlungsbedarf soll der Zugang zu Leistungen der Richtlinie nicht verwehrt werden.
1	2.3	KBV/DKG/GKV-SV	Zustimmung zur Aufnahme des Satzes: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten.“	Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ besteht seit der Psychiatrie-Reform der 70er Jahre. Die neu entstehende Richtlinie beschreibt eine Versorgungsform zwischen „einfacher“ vertragsärztlicher und stationärer Versorgung. Für eine (teil-)stationäre Behandlung sind die hier

			<p><b>Zusätzliche Aufnahme eines Satzes an dieser Stelle:</b></p> <p>„Für Patienten, bei denen die Kriterien „Schwere der Erkrankung“ und /oder „Komplexität der Behandlung“ nicht zutreffen kann zusätzlich das Kriterium „Vermeidung/ Verkürzung (teil-)stationärer Behandlung“ hinzugezogen werden.</p>	<p>angewendeten Kriterien nicht bindend. Es kann der Umstand eintreten, dass Patienten stationär (und damit intensiver als in dieser Richtlinie beschrieben) behandelt werden, die nicht der Kategorie „schwer psychisch krank“ zuzuordnen sind oder bei denen kein komplexer Behandlungsbedarf besteht. Hier muss die hierarchische Logik einer gestuften Versorgung verdeutlicht werden.</p> <p>Für die Anwendung einer Behandlung nach der Richtlinie sollten die Möglichkeit der Verhinderung und Vermeidung stationärer Aufenthalte eine Einschlussmöglichkeit darstellen.</p>
1	3.2		<p><b>Ergänzung</b> des Satzes:</p> <p>„...Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs, ...“</p> <p>Durch</p> <p>„...diagnostische und differentialdiagnostische Aspekte müssen eingehend und im Behandlungsverlauf evaluiert werden und zwingend mit einer Behandlungsplanung verknüpft sein“</p>	<p>Ziel ist die zeitnahe und niederschwellige Komplex-Versorgung der Patienten. Dafür müssen diagnostische Aspekte in eine Behandlungsplanung und -durchführung münden und können nicht getrennt betrachtet werden.</p>
1	3.4	<b>KBV/PatV</b>	<p>Zustimmung zur Formulierung:</p> <p>„Behandlungsleitung durch eine Bezugssärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten.“</p>	<p>Die Netzstrukturen erlauben es, dass auch Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Behandlungsleitung in bestimmten Fällen übernehmen können.</p>

			<p><b>Ergänzung</b> durch:  „Patientenzentrierte Koordinierungsaufgaben im Rahmen des individuellen Gesamtbehandlungsplans können an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, mit denen der Bezugsarzt/-therapeut in engem fachlichem Austausch steht.“</p> <p>Sowie:  „Darüber hinaus bedarf es im Rahmen des Netzverbundes in einer Region der Koordination von Versorgungsangeboten und qualitätssichernden Maßnahmen. Hierfür muss ein Netzwerkkordinator eingesetzt werden.“</p>	<p>Beide Ebenen der Versorgung müssen bedacht werden:  Die patientenzentrierte Koordination muss <b>nach</b> der Diagnostik erfolgen und wenn indiziert, die Behandlung geplant und durchgeführt werden. Dies verantwortet der Bezugsarzt oder -therapeut, die Koordination der Maßnahmen ist keine ärztliche Aufgabe und kann durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter in enger Abstimmung mit dem Arzt/Therapeuten erfolgen.  Das regionale Versorgungsnetz entsteht und entwickelt sich durch die Vernetzung der unterschiedlichen Versorger. Diese Vernetzungs- und Koordinationsaufgabe muss festgelegt und durchgeführt werden.</p>
<b>2</b>	<b>1</b>	<b>KBV/DKG</b>	Zustimmung zur Aufnahme „psychosomatischer“ Behandlungsbedarf	s. Begründung zu §1 Abs (2) Satz 1
<b>2</b>	<b>2</b>	<b>KBV/DKG/PatV</b>	Zustimmung zur Formulierung: „Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99) des ICD-10-GM vor.“	Die Nennung einzelner Diagnosen erübrigt sich, da eine Diagnose allein grundsätzlich keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf und die Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen gibt. Bei den im Vorschlag des GKV-SV nicht genannten Diagnosen handelt sich um solche, die durch kurze und abgestimmte Komplexbehandlung in bestimmten Konstellationen ressourcensparend versorgt werden können. Dies trifft insbesondere für die

				<p>F0-Diagnosen zu.  Auch bei Menschen mit geistiger Behinderung können stationäre Einweisungen durch ein multiprofessionelles ambulantes Versorgungsangebot vermieden werden. Die wenig etablierte Versorgung in MZEB kann somit niedrigschwellig durch das hier beschriebene Versorgungsangebot ersetzt werden. Nicht nachvollziehbar ist, warum insbesondere die Diagnosen F23 und F24 nicht enthalten sein sollten, denn gerade hier kann schnelles und abgestimmtes Behandeln Krankheitsverläufe verkürzen und Leid für Betroffene und Angehörige minimieren. Bei vielen Diagnosegruppen, die nicht primär den „schweren psychischen Erkrankungen“ zugerechnet werden (z. B. F32.1) besteht wegen Komorbiditäten (z. B. sog. Achse 2-Störungen) auch besonderer Behandlungsbedarf, weil erhebliche psychosoziale Defizite eine Teilhabe am sozialen Leben verhindern und somit zur Chronifizierung beitragen. Die Versorgung durch diese Richtlinie kann dies verhindern.</p>
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>KBV/DKG</b>	Zustimmung zur Position der KBV/DKG	<p>Es ist grundsätzlich sinnvoll, beide Fremdeinschätzungsinstrumente, sowohl MINI-ICF als auch GAF-Skala verwenden zu können. Beide Instrumente sind verbreitet und</p>

				<p>aussagekräftig. Wenn ein Netz bereits z. B. den Mini-ICF verwendet und die Netzteilnehmer hiermit lange vertraut sind, wäre es nicht sinnvoll, sie zum Wechsel zur GAF-Skala zu zwingen bzw vice versa. Neu entstehende Netze sollten die Entscheidung treffen können, welches Instrument sie verwenden wollen. Beide Instrumente gleichzeitig innerhalb eines Netzes zu verwenden wird jedoch nicht als sinnvoll erachtet.</p> <p>Da der GAF-Wert das psychosoziale Funktionsniveau im Gegensatz zum Mini ICF nicht ausreichend abbildet, soll neu entstehenden Netzen die Anwendung des Mini-ICF empfohlen werden. Insbesondere psychosoziale Defizite, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen, sind für die Erschwernisse des Patienten verantwortlich, die passgenaue und leitliniengerechte Behandlung zu erhalten. Diese werden mit dem Mini-ICF besser erfasst. Insbesondere in der Transitionsphase bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt diesem Umstand besondere Bedeutung zu.</p>
<b>3</b>	<b>1</b>	<b>KBV/DKG/PatV</b>	Zustimmung zur Position der <b>KBV/DKG/PatV</b>	Da in der Folge Facharztbezeichnungen aufgeführt werden, ist die Reihenfolge der Nennung hier logischer.
<b>3</b>	<b>1.5</b>	<b>KBV/PatV</b>	Zustimmung zur Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie	Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie haben in ihrer



				<p>Facharztausbildung mindestens ein Jahr Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet. Menschen mit neurologischen Erkrankungen haben eine hohe Komorbidität mit psychischen Erkrankungen. Hirnorganische Veränderungen sind die Ursache vieler schwerer psychischer Erkrankungen. Die Teilnahme von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie an den Netzwerken ist von großem Vorteil, da die Netzwerke dadurch leistungsfähiger werden und Überweisungen an Neurologinnen und Neurologen ausserhalb des Netzes entfallen können.</p> <p>Der Satz 5 sollte zum Satz 4 werden, um die logische Reihenfolge der Facharztgebietsbezeichnungen fortzusetzen.</p>
<b>3</b>	<b>2</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>	Ablehnung des Vorschlags	<p>Satz 2 regelt die Teilnahme bereits umfänglich. Eine Kooperation mit psychiatrischen Kliniken (und implizit auch Abteilungen von Krankenhäusern) ist an anderer Stelle verpflichtend formuliert. Die PIA als Abteilung eines Krankenhauses oder Fachabteilung ist somit Bestandteil der Kooperation und es bedarf keiner gesonderten Regelung. Die Ausgestaltung des Kooperationsvertrages obliegt den Vertragspartnern im Netz und soll sich flexibel den bestehenden regionalen</p>

3	2	GKV-SV/PatV	Ablehnung des Vorschlags	<p>Satz 2 regelt die Teilnahme bereits umfänglich.</p> <p>Eine Kooperation mit psychiatrischen Kliniken (und implizit auch Abteilungen von Krankenhäusern) ist an anderer Stelle verpflichtend formuliert. Die PIA als Abteilung eines Krankenhauses oder Fachabteilung ist somit Bestandteil der Kooperation und es bedarf keiner gesonderten Regelung. Die Ausgestaltung des Kooperationsvertrages obliegt den Vertragspartnern im Netz und soll sich flexibel den bestehenden regionalen Gegebenheiten anpassen.</p>
3	3	KBV/DKG	Zustimmung zu „keine Übernahme“	<p>Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen haben einen subsidiären Versorgungsauftrag. Kooperationsverträge werden nicht mit den PIA, sondern mit der entsprechenden Klinik geschlossen. Nur im Ausnahmefall können Fachärzte aus PIA-Einrichtungen von Krankenhäusern behandlungsleitend im vertragsärztlichen Versorgungsbereich tätig werden. Hierzu müssen Verträge mit bindender Nennung des in der PIA tätigen teilnehmenden Facharztes der genannten Fachrichtungen getroffen werden. Die verbindliche Zusammenarbeit der einzelnen Ärzte und Therapeuten mit dem einzelnen</p>

3	4.3	KBV/DKG	Zustimmung zu: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.“	Diese Formulierung definiert die Qualifikation der Plegefachpersonen praxisnäher.
3	5	KBV/GKV-SV/PatV	Zustimmung zu „keine Übernahme“	In der Richtlinie wird nicht die Regelversorgung, sondern die koordinierte Versorgung mit den Mitteln der Regelversorgung beschrieben. Die berufsrechtliche Regelung bleibt unbenommen
4	1	KBV und KBV/DKG	Zustimmung zu den Formulierungen: „...ist die Bildung eines wohnortnahen, berufsübergreifenden Netzverbundes mit Kooperationspartnern.“  „...gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Diese Formulierung hat die bessere Präzision.  Siehe Begründung zu § 1 Absatz (2) Satz 1
4	2		Der Absatz soll lauten:  „(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem regionalen Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines	Diese Formulierung bietet den größtmöglichen Praxisbezug.

4	2		<p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem regionalen Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten in einem patientenindividuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“</p>	<p>Diese Formulierung bietet den größtmöglichen Praxisbezug.</p>
4	3	KBV	<p>Zustimmung zum Vorschlag der KBV</p>	<p>Der Vorschlag ist am flexibelsten und praktikabelsten, da er als einziger auf regionale Besonderheiten abhebt. Ein funktionierendes Versorgungsnetz muss eine kritische Größe haben, um die notwendige Vielfalt an Versorgung und „Spezialisierung“ in einer Region abbilden zu können.</p> <p>In der Richtlinie wird nicht die Regelversorgung beschrieben, sondern ein Versorgungsangebot für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf. Ein Arzt und auch 5 Ärzte können alleine die Struktur für die Besonderheiten der vernetzten Versorgung nicht bilden und aufrechterhalten. Hinzu kommt die Besonderheit, dass manche Ärzte durch ihre psychotherapeutische Tätigkeit</p>

4	4		<p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</li><li>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</li></ol> <p>Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche Leistungsinhalte können vereinbart werden.</p> <p>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	5.2	KBV/DKG	Zustimmung zur Formulierung: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen.“	Diese Formulierung ist dann kongruent zu § 3 Absatz (4) Satz 3
4	5.7	KBV/DKG	Zustimmung zur Aufnahme „Suchtberatungsstellen“	Der Zugang zu Einrichtungen der Versorgung von Suchtkranken ist sinnvoll und ist in der Regelversorgung zu wenig berücksichtigt.
4	6	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zu „keine Übernahme“	Eine qualifizierte Entzugsbehandlung bildet nur einen begrenzten Teil der Behandlung eines Patienten mit einer Suchterkrankung ab. Umfassende sozialmedizinische Interventionen, Motivationsarbeit zur Entgiftung, Entwöhnung sowie dem Abstinenzertalt und der Nachsorge sowie die Behandlung der psychiatrischen und v. a. somatischen Komorbiditäten stellt eine hohe koordinative Aufgabe dar.
4	7	KBV	Der Absatz soll lauten: „Die Netzverbundverträge nach § 4 Abs. 1 und die Kooperationsverträge nach § 4 Abs. 4 sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie ist durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dem Netzverbund eine Genehmigung zur Teilnahme durch seine Mitglieder und Kooperationspartner an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu erteilen.“	Die zuständige KV hat über die paritätisch besetzen Zulassungsausschüsse für die vertragsärztliche Versorgung die Fähigkeit und Möglichkeit, hier ggf. regulierend und strukturbildend einzugreifen.
4	8	KBV/DKG	Zustimmung zu „keine Übernahme“	Es soll im Rahmen der Richtlinie so

				bürokratiearm wie möglich gearbeitet werden können.
4	9	KBV	Der Absatz soll lauten: „Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit.“	Die Angebote der vertragsärztlichen Regelversorgung können bereits zum Zeitpunkt der Erarbeitung der Richtlinie über geeignete moderne Medien über die Kassenärztliche Vereinigung des Bundeslandes eingesehen werden. Die Abbildung der Netzverbände stellt hier eine sinnvolle Ergänzung dar.
4	10	KBV	Unterstützung der Position der KBV	Der Zugang zur Versorgung gemäß der Richtlinie darf nicht dazu führen, dass betroffene Personen sich gegen eine bereits etablierte und kontinuierliche Behandlung entscheiden müssen. Zudem ist es kontraproduktiv, in diesem Fall einen Wechsel der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw Psychotherapeutin/Psychotherapeuten vornehmen zu müssen.  In der Position der KBV ist eine knappe und präzise Formulierung gewählt.
5	Titel		Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und Behandlungsteam	
5	1	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	Siehe frühere Begründungen. Hier nochmals: In den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie (historisch zusammengefasst Nervenheilkunde) gibt es viele Symptomüberschneidungen

				<p>insbesondere bei neurologischen Erkrankungen mit psychischen Symptomen (z. B. degenerativen Hirnerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Entzündungen usw.) und diese gehen einher mit derselben Gefahr der Eskalation der psychischen Erkrankung, der Chronifizierung der Symptome und dem Verlust des psychosozialen Funktionsniveaus. Aufgrund der Überschneidungen hat sich in den Weiterbildungsordnungen die verpflichtende Ableistung eines Jahres im Komplementärfach etabliert. Somit können auch Neurologen Bezugsärzte im Rahmen der Richtlinie sein.</p> <p>Satz 5 kann zu Satz 4 werden, somit wären die Gebietsbezeichnungen der Fachärzte fortlaufend aufgeführt, danach erfolgt die Nennung der Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten.</p>
5	2	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	<p>In der Regel wird bereits in der Eingangssprechstunde ein Arbeitsbündnis zwischen Bezugs-Netzmitglied und der behandlungssuchenden Person aufgebaut.</p> <p>Bei krankheitsbedingt eingeschränkter Behandlungsbereitschaft der behandlungssuchenden Person kann die Kohärenz und Compliance und somit der Behandlungserfolg damit gesichert</p>



				werden.
5	3	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war, die Abläufe in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch verbindliche Kooperationsregeln zu verbessern. Ziel ist die zeitnahe Versorgung im Lebensumfeld des Patienten. Dafür nutzt der Bezugsarzt/-therapeut die Strukturen des Versorgungsnetzes. Die Hinzuziehung weiterer Akteure außerhalb des Kern-Netzes mit dem Patienten im Mittelpunkt folgt individuellen patientenabhängigen Erfordernissen.
5	4	KBV/DKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt.	In dieser Formulierung wird die Regelung bereits klar beschrieben. Die Beschreibung der Aufgaben im Versorgungsnetz ist in §7 geregelt.
5	5	KBV/PatV	Aufnahme der Formulierung ...“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt...	Siehe frühere Begründungen
6	1	GKV-SV/DKG	Zustimmung zur Aufnahme von „i. S. d. § 11“	Erlaubt eine zusätzliche Präzisierung
6	1.1	KBV/DKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt.	<b>Einer zusätzlichen Einführung einer nichtärztlichen koordinierenden Person bedarf es nicht.</b> Die Gesamtverantwortung hat der Bezugsarzt/ -therapeut. Die Koordination als nichtärztliche Leistung kann delegiert werden. Eine enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, die delegierbare

				Leistungen erbringen, vermindert den Zeit- und Informationsverlust. Dies gilt sowohl für den Beginn der koordinierten Behandlung als auch Anpassungen des Behandlungsplans im Verlauf und für die Beendigung der intensivierten Behandlung.
6	1.2	KBV/DKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt: keine Übernahme	
6	1.3	GKV-SV/KBV/DKG	Diese Position wird unterstützt: keine Übernahme	
6	2		<p>Der Absatz sollte lauten:</p> <p>„Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen diese sollten über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Fachangestellte,</li> <li>2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>3. Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen,</li> <li>4. Pflegefachpersonen, die psychiatrische</li> </ol>	<p>Es ist nicht sinnvoll, ausschliesslich Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie Pflegefachpersonen zuzulassen, die bereits einen Vertrag abgeschlossen</p>

			häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß 132a Absatz 4 SGB V erbringen	haben. Dies würde diesen Teil der Versorgung davon abhängig machen, ob in der Region überhaupt ein solches Vertragsangebot besteht. In Frage kommende Personen, die keinen Vertrag abgeschlossen haben, würden damit ausgeschlossen.
6	2	<b>GKV-SV/PatV</b>	<p>Dieser Vorschlag wird abgelehnt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</li> <li>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,</li> <li>7. Pflegefachpersonen,</li> <li>8. Psychologinnen und Psychologen.</li> </ol>	Die genannten Berufsgruppen verfügen nicht über Kenntnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. Spezifische Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sind erforderlich, um mit dieser besonders vulnerablen Patientengruppe in den hier beschriebenen Sonder-Situationen zu arbeiten. Dafür bedarf es neben der Berufserfahrung mit der Patientengruppe spezifischer Weiterbildungen und Qualifikationen neben der und zusätzlich zur erworbenen Grundausbildung.
6	3	<b>GKV-SV</b>	<p>Dieser Vorschlag wird abgelehnt:</p> <p>Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.</p>	<p>Diese Regelungstiefe ist nicht erforderlich.</p> <p>Für die Gestaltung der Aufgaben in einem regionalen Netzwerk muss ausreichend Gestaltungsspielraum zur Verfügung stehen. Starre Stundenangaben verhindern und erschweren notwendige Ausgestaltung des Versorgungsnetzes. Die Indikationsstellung und Koordinierungsverantwortung liegt bei</p>

				dem Bezugsarzt oder Bezugstherapeuten des Patienten und dieser muss dafür Sorge tragen, dass auch genügend Koordinationsressourcen zur Verfügung stehen.
7	1	KBV	Formulierung der KBV wird unterstützt „als Netzmitglieder oder Kooperationspartner“	
7	1.2	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt	Die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen zu organisieren ist ein entscheidender Vorteil der Versorgung innerhalb der Richtlinie gegenüber der Regelversorgung.
7	1.3	GKV und PatV	Deren Vorschläge könnten entfallen	Der Ablauf innerhalb des Behandlungspfades enthält das bereits.
7	1.5		Punkt 5 sollte lauten: „eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation“	
7	1.7	KBV/DKG	Position wird unterstützt	Diese Position ermöglicht die flexibelste Nutzung regionaler Gegebenheiten. Es wird keine Parallelstruktur aufgebaut.
7	1.8	KBV/DKG	Position wird unterstützt, (keine Übernahme)	Diese Textpassage ist überflüssig, da die Netzstruktur ja mit dem Ziel entsteht, eine zeitnahe und indikationsgerechte Versorgung zu ermöglichen.
7	1.9	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt	Netzverbundkonferenzen haben sich in der Praxis als essentiell erwiesen. Die Entwicklung eines Versorgungsnetzes soll flexibel durch die

				Nutzung der regionalen Gegebenheiten ermöglicht werden. Ein bestehender Netzverbund muss die Möglichkeit der Weiterentwicklung haben.
7	1.10	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt	Patientenorientierte Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat fest vorzuschreiben, wie der GKV-AV vorschlägt, ist eine zu starre Regelung.
7	1.12	KBV	Position wird unterstützt	
7	3	KBV/DKG	Position wird unterstützt	Diese Position enthält die in der vertragsärztlichen Versorgung vorgehaltenen Strukturelemente.
7	4	KBV	Position wird unterstützt	s. Begründung zu §1 Absatz 3.4 Anbieter mit Vorerfahrungen in der Koordination von Netzverbänden, der Organisation im Rahmen von Selektivverträgen oder durch den Innovationsfonds geförderten Versorgungsprojekten sollen vorrangig einbezogen werden. Eine digitale Plattform über die KBV/Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erleichtert die Prozesse.
8	1	KBV/DKG/PatV	Der Zugang sollte in der Regel per Überweisung erfolgen, aber auch durch eine Empfehlung möglich sein.	
8	1	GKV-SV	Position wird abgelehnt	Die Regelung wird im Folge-Satz ausgeführt
8	2	KBV	Position wird unterstützt	Es sollten alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende eine

				Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können. Erfahrungsgemäß werden das in der Regel Teilnehmende mit Bezug zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein.
<b>8</b>	<b>3</b>	<b>KBV</b>	Position wird unterstützt	<p>Im Rahmen des Entlassungsmanagements kann eine Empfehlung durch eine entsprechende Fachärztin oder einen entsprechenden Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten der Einrichtung ausgesprochen werden.</p> <p>Die Entlassung aus einer Klinik im Rahmen des Entlassmanagements nach §39 Absatz 1a SGB V regelt die Entlassung aus einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Behandlung in die Regelversorgung. Die Indikation für die hier beschriebene komplexe Versorgungsform für schwer kranke Patienten bedarf der strengen fachärztlichen Indikationsstellung und ist damit klarer als im §39 Absatz 1a SGB V festgelegt eine originär fachärztliche Aufgabe.</p> <p>Die intensivierte Versorgungsform im Rahmen dieser Richtlinie bedarf umfassender Kenntnisse über medizinisch-psychiatrische, psychotherapeutische sowie sozialmedizinische Aspekte der</p>

				Akutversorgung, der Rehabilitation und Prävention, aber auch der rezidivprophylaktischen Maßnahmen. Da im Rahmen einer stationären Behandlung alle diese Maßnahmen fachärztlich supervidiert zusammengeführt werden, kann die Empfehlung über die weitere Behandlung in der hier beschriebenen intensivierten Form nur fachärztlich erfolgen.
8	4	<b>GKV-SV/PatV</b>	Position wird abgelehnt, deshalb „keine Übernahme“  Der Absatz soll lauten: „Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.“	Einer solch kleinteiligen Regelung bedarf es nicht.
8	5	<b>DKG/KBV/PatV</b>	Position wird unterstützt. Der Absatz soll lauten: „Der Netzverbund hat für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung oder Überweisung einen Zugang zur Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Werktagen nach Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung sicherzustellen.“	Die Position des GKV-SV mit der Forderung einer Frist von 3 Tagen nach Empfehlung ist zu eng gefasst, wenn diese regelhaft erfolgen muss. Patientenbezogene Bedingungen, die eine Terminwahrnehmung innerhalb von 3 Tagen verunmöglichen, könnten dann ggf einen Zugang verhindern.
8	6		Der Absatz soll lauten:	

8	6		Der Absatz soll lauten: „Netzverbände nach § 4 Absatz 1 bieten im Rahmen der Eingangssprechstunde ein Assessment einschließlich der Prüfung, ob die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, an.“	
9	1		Der Absatz soll lauten: „In der Eingangssprechstunde erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst-) Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach Absatz 1 Nummer 1 bis 5.  Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt.  Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut festgelegt. Die Wünsche der Patienten oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“	
9	2	<b>KBV</b>	Position wird unterstützt	
9	3	<b>KBV/DKG/PatV</b>	Position wird unterstützt	Die Prüfung der Hilfen nicht nur für Kinder, sondern auch von An- und Zugehörigen der Patientin oder des Patienten ist sinnvoll, da es z. B. auch pflegebedürftige oder schwerkranke erwachsene Angehörige geben kann, mit deren Versorgung/Pflege eine Überforderung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten einher



9	4-6	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt: „keine Übernahme“	Die Einschlusskriterien sind umfassend an anderer Stelle geregelt und müssen ohnehin dokumentiert werden.
9	7	KBV/PatV	Position wird unterstützt: Aufnahme des Satzes (7) Das Wort „umfasst“ ist doppelt. Gerade die Berücksichtigung des Kindeswohls ist besonders wichtig.	Die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld entspricht einem zentralen Patientenbedürfnis und muss ermöglicht werden.
10	1	KBV	Position wird unterstützt	
10	2	KBV/PatV	Position wird unterstützt	Redaktionell: Aufnahme von „oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten zu erfolgen.“
10	3	GKV-SV/KBV/DKG	Position wird unterstützt  Position der PatV wird abgelehnt	Bei der Nennung der weiteren Maßnahmen zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um notwendige Ergänzungen, um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen.  Die Position der PatV mit Einführung einer „koordinierenden Bezugsperson“ kann an dieser Stelle entfallen, da dies an anderer Stelle geregelt ist.
11		KBV/DKG	Position wird unterstützt unter redaktionellem Einschluss „oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten“.	Praxisnahe Formulierung
12	1	GKV-SV	Unterstützung der Aufnahme der Formulierung:	Es ist sinnvoll, das aktuelle

			„Dabei ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau mittels des Instrumentes nach § 2 Absatz 3 zu erheben.“	psychosoziale Funktionsniveau bei Entlassung zu erfassen. (Mini-ICF)
12	2		Der Absatz soll lauten:  „Nimmt ein Krankenhaus 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 gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten oder an ein anderes vom Netzwerk ausgewähltes Netzwerkmitglied.“	Hier handelt es sich um eine praxistaugliche und gut verständliche Formulierung, die die Umsetzung der beabsichtigten Verbesserung des Übergangs im Rahmen des Entlassmanagements erleichtert.
12	3		Der Absatz soll lauten:  „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 Netzwerk nach § 4 auf und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung in der Eingangssprechstunde vereinbart. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus	s. Begründung zu §12 Absatz 2

12	3		<p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„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 diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung in der Eingangssprechstunde vereinbart. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen.“</p>	s. Begründung zu §12 Absatz 2
13	1	KBV/DKG	Position wird unterstützt, einschliesslich Einfügung „oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4 vorzunehmen.“	Die quartalsweise Überprüfung des Behandlungserfolgs ist praktikabel und sinnvoll.
13	2	KBV/DKG	Position wird unterstützt einschliesslich der Einfügungen der KBV.	Die Konkretisierung verdeutlicht das Anliegen dieser Richtlinie, keinesfalls wird die Regelversorgung reformiert. Diese besteht unverändert nach den bisher geltenden Gesetzen

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

#### Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP

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"/>

Gemeinsamer Bundesausschuss

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

**Per E-Mail am 26. Januar 2021**

**Betr. Stellungnahme der DGPT e.V.**

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

Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning,  
sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zu dem o. g. Beschlussentwurf nehmen zu können.

Die DGPT begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für psychisch schwer erkrankte Menschen zu errichten. Die mangelnde Vernetzung der Versorgungsbereiche und die fehlende Koordinierung in der Versorgung beeinträchtigen neben anderen Faktoren schon lange die Qualität der Versorgung dieser Patientengruppe. Durch die Einführung eines Gesamtbehandlungsplans und die vernetzte Umsetzung dieser Behandlungsstrategie im Rahmen der neuen Versorgungsform kann eine

**Geschäftsführender Vorstand**

**Dipl.-Psych. Georg Schäfer**  
Vorsitzender  
Baumschulallee 21  
53115 Bonn  
Fon: 0228 / 21 56 07  
E-Mail: georg.schaefer@dgpt.de

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

**Ingrid Moeslein-Teising**  
Stell. Vorsitzende  
Fachärztin für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
Ludwig-Braun-Straße 13  
36251 Bad Hersfeld  
Fon: 06621 / 91 50 33  
E-Mail: ingrid.moeslein-teising@dgpt.de

**Sabine Riese**  
Vorsitzende der Sektion  
„Berufsverband der Ärztlichen  
Psychoanalytikerinnen und Psycho-  
analytiker und der tiefenpsychologisch  
tätigen Ärztinnen und Ärzte (BÄP)\*“  
Fachärztin für Gynäkologie und Geburts-  
hilfe/Psychoanalyse, Psychotherapie  
Walkmühlenweg 10  
36304 Alsfeld  
Fon: 06631 / 801 8005  
E-Mail: sabine.riese@dgpt.de

**Dipl.-Psych. Birgit Pechmann**  
Mitglied des Geschäftsführenden  
Vorstand (kooptiert für die  
Interessen der) Sektion „Berufsverband  
der Psychologischen Psychoanalytiker-  
innen und Psychoanalytiker und der  
tiefenpsychologisch tätigen Psycho-  
logischen Psychotherapeutinnen und  
Psychotherapeuten (BPP)\*“  
Steubenstr. 3  
65189 Wiesbaden  
Fon: 0611 / 3600 9633  
E-Mail: birgit.pechmann@dgpt.de

**Geschäftsstelle**

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann  
Geschäftsführer

RAin Birgitta Lochner  
Justitiarin

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

deutliche Verbesserung der Versorgung von schwer psychisch und psychosomatisch erkrankten Patienten möglich werden.

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

Mit freundlichen Grüßen

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT e.V.

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

<b>Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)</b>				
<b>19.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2.1	GKV-SV/DKG	Zustimmung zu „bundesweit“	Eine länderübergreifende Versorgung kann insbesondere in landesgrenznahen Bereichen sinnvoll sein.
1	2.1	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zur Ausführung: „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können sowohl einen psychiatrischen als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. Psychosomatisch erkrankten Menschen mit zusätzlichem psychiatrischem Behandlungsbedarf soll der Zugang zu Leistungen der Richtlinie nicht verwehrt werden.
1	2.3	KBV/DKG/GKV-SV	Zustimmung zur Aufnahme des Satzes: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten.“	Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ besteht seit der Psychiatrie-Reform der 70er Jahre. Die neu entstehende Richtlinie beschreibt eine ergänzende Versorgungsform zwischen „einfacher“ vertragsärztlicher und stationärer Versorgung. Für eine (teil-)stationäre Behandlung sind die hier angewendeten Kriterien nicht bindend. Es

				<p>kann der Umstand eintreten, dass Patienten stationär (und damit intensiver als in dieser Richtlinie beschrieben) behandelt werden, die nicht der Kategorie „schwer psychisch krank“ zuzuordnen sind oder bei denen kein komplexer Behandlungsbedarf besteht. Hier muss die hierarchische Logik einer gestuften Versorgung verdeutlicht werden. Für die Anwendung einer Behandlung nach der Richtlinie sollten die Möglichkeit der Verhinderung und Vermeidung stationärer Aufenthalte eine Einschlussmöglichkeit darstellen.</p>
1	3.Satz 2		<p>Ergänzung des Satzes:  „...Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs, ...“  Durch  „...diagnostische und differentialdiagnostische Aspekte müssen eingehend und im Behandlungsverlauf evaluiert werden und zwingend mit einer Behandlungsplanung verknüpft sein.“</p>	<p>Ziel ist die zeitnahe Versorgung der Patienten. Dafür müssen diagnostische Aspekte in eine Behandlungsplanung und -durchführung münden und können nicht getrennt betrachtet werden.</p>
1	3.Satz 4	KBV/PatV	<p>Zustimmung zur Formulierung:  „Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten.“</p> <p>Ergänzung durch:  „Patientenzentrierte Koordinierungsaufgaben im Rahmen des individuellen Gesamtbehandlungsplans können an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, mit denen der Bezugsarzt/-therapeut in engem fachlichem Austausch steht.</p>	<p>Beide Ebenen der Versorgung müssen bedacht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach der Diagnostik muss, wenn indiziert, Patienten-zentriert die Behandlung geplant und durchgeführt werden. Dies verantwortet der Bezugsarzt oder -therapeut, die Koordination der Maßnahmen ist keine genuin ärztliche Aufgabe und kann durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter in enger Abstimmung mit dem Arzt/Therapeuten erfolgen.</li> <li>• Das regionale Versorgungsnetz entsteht und entwickelt sich durch die Vernetzung der unterschiedlichen Versorger. Diese</li> </ul>



			<p>Sowie:  „Darüber hinaus bedarf es im Rahmen des Netzverbundes in einer Region der Koordination von Versorgungsangeboten und qualitätssichernden Maßnahmen. Hierfür muss ein Netzwerkkordinator eingesetzt werden.“</p>	<p>Vernetzungs- und Koordinationsaufgabe muss festgelegt und durchgeführt werden.</p>
2	1	KBV/DKG	<p>Zustimmung zur Ausführung:  „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen und/oder psychosomatischen und/oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</p>	<p>Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können sowohl einen psychiatrischen als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. Insofern wäre es hier wichtig, ergänzend „und/oder“ zu präzisieren.</p>
2	2	KBV/DKG/PatV	<p>Zustimmung zur Formulierung:  „Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99) des ICD-10-GM vor.“    Diese ist schwer bzw. hat einen schweren Verlauf.</p>	<p>Die Nennung einzelner Diagnosen erübrigt sich, da eine Diagnose allein grundsätzlich keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf und die Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen gibt.  Bei den im Vorschlag des GKV-SV nicht genannten Diagnosen handelt sich um solche, die durch kurze und abgestimmte Komplexbehandlung in bestimmten Konstellationen ressourcensparend versorgt werden können. Dies trifft insbesondere für die F0-Diagnosen. Besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung können durch ein multi-professionelles ambulantes Versorgungsangebot stationäre Einweisungen vermieden werden. Die wenig etablierte Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEBS) kann somit niedrigschwellig durch das hier beschriebene Versorgungsangebot ersetzt</p>

				<p>werden. Nicht nachvollziehbar ist, warum insbesondere die Diagnosen F23 und F24 nicht enthalten sein sollten, denn gerade hier kann schnelles und abgestimmtes Behandeln Krankheitsverläufe verkürzen und Leid für Betroffene und Angehörige minimieren. Bei vielen Diagnosegruppen, die nicht primär den „schweren psychischen Erkrankungen“ zugerechnet werden (z. B. F32.1) besteht wegen Komorbiditäten (z. B. sog. Achse 2-Störungen) auch besonderer Behandlungsbedarf, weil erhebliche psychosoziale Defizite eine Teilhabe am sozialen Leben verhindern und somit zur Chronifizierung beitragen. Die Versorgung durch diese Richtlinie kann dies verhindern.</p>
2	3	KBV/DKG	Zustimmung zur Position der KBV/DKG	<p>Da der GAF-Wert das psychosoziale Funktionsniveau nicht ausreichend abbildet, soll die Anwendung des Mini-ICF-P (Mini-ICF-Rating für psychische Störungen Erwachsener) bindend erfolgen. Insbesondere psychosoziale Defizite, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen, sind für die Erschwernisse des Patienten verantwortlich, die passgenaue und leitliniengerechte Behandlung zu erhalten. Deswegen sollte die Identifizierung dieser Defizite mittels eines geeigneten Instrumentes erfolgen, wie es der Mini-ICF-P ist. Insbesondere in der Transitionsphase bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt diesem Umstand besondere Bedeutung zu.</p>
3	1	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zur Position der KBV/DKG/PatV	<p>Da in der Folge Facharztbezeichnungen aufgeführt werden, ist die Reihenfolge der Nennung hier logischer.</p>

				<p><b>3 (1)</b> grundsätzlich Zustimmung – wir halten aber einen ergänzenden Hinweis für notwendig, dass die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten der in der Folge aufgeführten berechtigten Facharztgruppen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten freiwillig erfolgen soll, damit mit den intendierten Versorgungsnetzen durch das besondere Engagement der sich daran beteiligenden Behandelnden nachhaltige und gute Behandlungserfolge erzielt werden können.</p>
3	1.5	KBV/PatV	Zustimmung zur Aufnahme der Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie	<p>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie haben in ihrer Facharztausbildung mindestens ein Jahr Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet. Menschen mit neurologischen Erkrankungen haben eine hohe Komorbidität mit psychischen Erkrankungen. Hirnorganische Veränderungen sind die Ursache vieler schwerer psychischer Erkrankungen.</p> <p>Die Teilnahme von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie an den Netzwerken ist von großem Vorteil, da die Netzwerke dadurch leistungsfähiger werden und Überweisungen an Neurologinnen und Neurologen außerhalb des Netzes entfallen können.</p> <p>Der Satz 5 sollte zum Satz 4 werden, um die logische Reihenfolge der Facharztgebietsbezeichnungen fortzusetzen.</p>
3	2	GKV-SV/PatV	Ablehnung des Vorschlages	<p>Satz 2 regelt die Teilnahme bereits umfänglich. Eine Kooperation mit psychiatrischen Kliniken (und implizit auch Abteilungen von Krankenhäu-</p>

				<p>sern) ist an anderer Stelle verpflichtend formuliert. Die PIA als Abteilung eines Krankenhauses oder Fachabteilung ist somit Bestandteil der Kooperation, es bedarf keiner gesonderten Regelung. Die Ausgestaltung des Kooperationsvertrages obliegt den Vertragspartnern im Netz und soll sich flexibel den bestehenden regionalen Gegebenheiten anpassen können.</p>
3	3	KBV/DKG	Zustimmung zu „keine Übernahme“	<p>Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen haben einen subsidiären Versorgungsauftrag. Kooperationsverträge werden nicht mit den PIA, sondern mit der entsprechenden Klinik geschlossen. Nur im Ausnahmefall können Fachärzte aus PIA-Einrichtungen von Krankenhäusern behandlungsleitend im vertragsärztlichen Versorgungsbereich tätig werden. Hierzu müssen Verträge mit bindender Nennung des in der PIA tätigen teilnehmenden Facharztes der genannten Fachrichtungen getroffen werden. Die verbindliche Zusammenarbeit der einzelnen Ärzte und Therapeuten mit dem einzelnen Patienten im Mittelpunkt ist das Kernelement dieser Richtlinie. Hierfür sollen die bestehenden vertragsärztlichen Versorgungselemente vernetzt werden. Die PIA stellt eine Versorgungsform einer Klinik oder Abteilung einer Klinik dar, die ambulante Versorgung subsidiär und mit Ressourcen der Klinik leistet. Eine Kooperation mit der Klinik oder Fachabteilung in einer Region ist erforderlich, die PIA kann aber strukturell der vertragsärztlichen Versorgung nicht gleichgestellt sein.</p>
3	4.3	KBV/DKG	Zustimmung zu: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen mit	<p>Diese Formulierung definiert die Qualifikation der Plegefachpersonen praxisnäher.</p>

			einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung.“	
3	5	KBV/GKV-SV/PatV	Zustimmung zur Streichung	In der Richtlinie wird nicht die Regelversorgung, sondern ergänzend die koordinierte Versorgung mit den Mitteln der Regelversorgung beschrieben. Die berufsrechtliche Regelung bleibt unbenommen.
4	1	KBV und KBV/DKG	Zustimmung zu den Formulierungen: „...ist die Bildung eines wohnortnahen, berufsübergreifenden Netzverbundes mit Kooperationspartnern.“  „...gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Diese Formulierung ist präziser.  Siehe Begründung zu § 1 Absatz (2) Satz 1  Bei Nennung der schwer psychisch Kranken und deren Behandlungsbedarf müsste es u.E. immer „und/oder“ heißen, um das Vorliegen von Komorbiditäten explizit mit zu erfassen.
4	2		Der Absatz soll lauten: „(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem regionalen Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten in einem patientenindividuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“	Diese Formulierung bietet den größtmöglichen Praxisbezug.

4	3	KBV	<p>Zustimmung zum Vorschlag der KBV</p> <p>Es muss jedoch die Möglichkeit geben, besonders bei lokalem Mangel an Leistungserbringern auch mit kleineren multiprofessionellen Einheiten zu arbeiten, um den betroffenen Patienten ein niedrighwelliges, möglichst wohnortnahes Behandlungsangebot zu ermöglichen; dies trifft z.B. auf ländliche Regionen zu.</p>	<p>Ein funktionierendes Versorgungsnetz muss eine kritische Größe haben, um die notwendige Vielfalt an Versorgung und „Spezialisierung“ in einer Region abbilden zu können.</p> <p>Hier wird nicht die Regelversorgung beschrieben, sondern ein ergänzendes Versorgungsangebot für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf. Ein Arzt und auch 5 Ärzte können allein die Struktur für alle Besonderheiten der vernetzten Versorgung nicht bilden und aufrechterhalten. Hinzu kommt die Besonderheit, dass manche Ärzte durch ihre psychotherapeutische Tätigkeit neben der psychiatrischen Arbeit eine vergleichsweise niedrige Patientenzahl versorgen. Auch diesen Ärzten muss es möglich sein, Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf ihren Bedürfnissen entsprechend zu versorgen. Anderenfalls entsteht ein Flaschenhals in der Versorgung, wo eigentlich ein niedrighwelliger Zugang erfolgen sollte.</p>
4	4	KBV/DKG	Zustimmung	Schlanke und schlichte Beschreibung der Bedingungen wird befürwortet, um die Ausgestaltung den regionalen und schon bestehenden strukturellen Bedingungen anpassen zu können.
4	4	Alternativer Vorschlag von DGPT	<p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</li> </ol>	

			<p>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</p> <p>Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche Leistungsinhalte können vereinbart werden.</p> <p>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	5.2	KBV/DKG	Zustimmung zur Formulierung: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen.“	Diese Formulierung ist dann kongruent zu § 3 Absatz (4) Satz 3
4	5.7	KBV/DKG	Zustimmung zur Aufnahme „Suchtberatungsstellen“	Der Zugang zu Einrichtungen der Versorgung von Suchtkranken ist sinnvoll und ist in der Regelversorgung zu wenig berücksichtigt.
4	6	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zu „keine Übernahme“	Auch wenn es aus fachlichen Gründen wünschenswert wäre, können Suchtberatungsstellen

				<p>hier nicht inkludiert werden. Sie gehören nicht zur GKV-Versorgung.</p> <p>Eine qualifizierte Entzugsbehandlung bildet nur einen begrenzten Teil der Behandlung eines Patienten mit einer Suchterkrankung ab. Umfassende sozialmedizinische Interventionen, Motivationsarbeit zur Entgiftung, Entwöhnung sowie dem Abstinenzertret und der Nachsorge sowie die Behandlung der psychiatrischen und v. a. somatischen Komorbiditäten stellt eine hohe koordinative Aufgabe dar.</p>
4	7	KBV	<p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Die Netzverbundverträge nach § 4 Abs. 1 und die Kooperationsverträge nach § 4 Abs. 4 sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie ist durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dem Netzverbund eine Genehmigung zur Teilnahme durch seine Mitglieder und Kooperationspartner an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu erteilen.</p>	<p>Die zuständige KV hat durch Teilnahme an den Zulassungsgremien für die vertragsärztliche Versorgung die Fähigkeit und Möglichkeit, hier ggf. regulierend und strukturbildend einzugreifen.</p>
4	8	KBV/DKG	<p>Zustimmung zu „keine Übernahme“</p>	<p>Es soll im Rahmen der Richtlinie so bürokratiearm wie möglich gearbeitet werden können.</p>
4	9	KBV	<p>Der Absatz soll lauten:</p> <p>„Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit.“</p>	<p>Die Angebote der vertragsärztlichen Regelversorgung können bereits jetzt über geeignete moderne Medien über die Kassenärztliche Vereinigung des Bundeslandes eingesehen werden. Die Abbildung der Netzverbände stellt hier eine sinnvolle Ergänzung dar.</p>



4	10	KBV	Unterstützung der Position der KBV	<p>Der Zugang zur Versorgung gemäß der Richtlinie darf nicht dazu führen, dass betroffene Personen sich gegen eine bereits etablierte und kontinuierliche Behandlung entscheiden müssen. Zudem ist es kontraproduktiv, in diesem Fall einen Wechsel der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeuten vornehmen zu müssen und damit eine bestehende vertrauensvolle Behandlungsbeziehung zu beenden.</p> <p>In der Position der KBV ist eine knappe und präzise Formulierung gewählt.</p>
5	Titel	KBV/PatV	Unterstützung der Ergänzung: „... Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und Behandlungsteam“	
5	1	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	<p>In den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie (historisch zusammengefasst Nervenheilkunde) gibt es viele Symptomüberschneidungen, insbesondere bei neurologischen Erkrankungen mit psychischen Symptomen (z. B. degenerativen Hirnerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Entzündungen usw.) und diese gehen einher mit derselben Gefahr der Eskalation der psychischen Erkrankung, der Chronifizierung der Symptome und dem Verlust des psychosozialen Funktionsniveaus. Aufgrund der Überschneidungen hat sich in den Weiterbildungsordnungen die verpflichtende Ableistung eines Jahres im Komplementärfach etabliert. Somit können auch Neurologen Bezugsärzte im Rahmen der Richtlinie sein. Siehe auch o.g. Begründungen.</p> <p>Satz 5 kann zu Satz 4 werden, somit wären die Gebietsbezeichnungen der Fachärzte fortlaufend</p>

				aufgeführt, danach erfolgt die Nennung der Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten.
5	2	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	In der Regel wird bereits in der Eingangssprechstunde ein Arbeitsbündnis zwischen Bezugs-Netzmitglied und der behandlungssuchenden Person aufgebaut. Nicht selten hängt bei krankheitsbedingt eingeschränkter Behandlungsbereitschaft diese von der Fortführung der Behandlung durch den die Eingangssprechstunde durchführenden Arzt bzw. Therapeuten ab.
5	3	KBV	Die Position der KBV wird unterstützt.	Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war, die Abläufe in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch verbindliche Kooperationsregeln zu verbessern. Ziel ist die zeitnahe Versorgung im Lebensumfeld des Patienten. Dafür nutzt der Bezugsarzt/-therapeut die Strukturen des Versorgungsnetzes. Die Hinzuziehung weiterer Akteure außerhalb des Kern-Netzes mit dem Patienten im Mittelpunkt folgt individuellen patientenabhängigen Erfordernissen.
5	4	KBV/DKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt., Zustimmung zu Bezugstherapeut	In dieser Formulierung wird die Regelung bereits klar beschrieben. Die Beschreibung der Aufgaben im Versorgungsnetz ist in § 7 geregelt.
5	5	KBV/PatV	Aufnahme der Formulierung: ...“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt...	Siehe frühere Begründungen
6	1.1	KBVDKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt.	Die Gesamtverantwortung hat der Bezugsarzt/-therapeut – die Koordination als nichtärztliche Leistung kann delegiert werden – enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, die delegierbare

				Leistungen erbringen, vermindert Zeit- und Informationsverlust. Dies gilt sowohl für den Beginn der koordinierten Behandlung als auch für Veränderungen und Entwicklungen im Verlauf im Rahmen dieser Behandlungsform und die Beendigung der intensivierten Behandlung. Einer zusätzlichen Einführung einer nichtärztlichen koordinierenden Person bedarf es nicht.
6	1.2	KBV/DKG	Die Position der KBV/DKG wird unterstützt: keine Übernahme	
6	1.3	GKV-SV/KBV/DKG	Diese Position wird unterstützt: keine Übernahme	
6	2		Der Absatz sollte lauten:  „Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen; diese sollten über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/ Psychotherapie oder über eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Fachangestellte,</li> <li>2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>3. Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen,</li> <li>4. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage</li> </ol>	Es ist nicht sinnvoll, nur Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie Pflegefachpersonen zuzulassen, die bereits einen Vertrag abgeschlossen haben. Dies würde diesen Teil der Versorgung davon abhängig machen, ob in der Region überhaupt ein solches Vertragsangebot besteht. In Frage kommende Personen, die keinen Vertrag abgeschlossen haben, würden damit ausgeschlossen.

			eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen	
6	2	GKV-SV/PatV	<p>Dieser Vorschlag wird abgelehnt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</li> <li>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,</li> <li>7. Pflegefachpersonen,</li> <li>8. Psychologinnen und Psychologen</li> </ol>	<p>Die genannten Berufsgruppen verfügen nicht über Kenntnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. Spezifische Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen sind erforderlich, um mit dieser besonders vulnerablen Patientengruppe in den hier beschriebenen Sonder-Situationen zu arbeiten. Dafür bedarf es neben der Berufserfahrung mit der Patientengruppe spezifischer Weiterbildungen und Qualifikationen neben der und zusätzlich zur erworbenen Grundausbildung.</p>
6	3	GKV-SV	<p>Ablehnung des Vorschlages:  „Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“</p>	<p>Diese Regelungstiefe ist nicht erforderlich. Für die Gestaltung der Aufgaben in einem regionalen Netzverbund und im individuellen Versorgungsnetz für einen Patienten muss ausreichend Gestaltungsspielraum zur Verfügung stehen. Starre Stundenangaben verhindern und erschweren die notwendige niedrigschwellige Ausgestaltung des Versorgungsnetzes. Die Indikationsstellung und Koordinierungsverantwortung liegt bei dem Bezugsarzt oder Bezugstherapeuten des Patienten, der muss dafür Sorge tragen muss, dass auch genügend Koordinationsressourcen zur Verfügung stehen.</p>
7	1	KBV	<p>Formulierung der KBV wird unterstützt:   „...als Netzmitglieder oder Kooperationspartner“</p>	

7	1.2	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt	Die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen zu organisieren, ist ein entscheidender Vorteil der Versorgung innerhalb der Richtlinie gegenüber der Regelversorgung.
7	1.3	GKV/PatV	Die Formulierungsvorschläge von GKV-SV und PatV können entfallen.	In der Beschreibung des Behandlungspfades ist der Ablauf schon enthalten.
7	1.5	KBV/DKG	Zustimmung zum Formulierungsvorschlag von KBV und DKG	
7	1.7	KBV/DKG	Position wird unterstützt	Diese Position ermöglicht die flexibelste Nutzung regionaler Gegebenheiten. Die Entwicklung von Parallelstrukturen wird nicht provoziert und die bestehenden Ressourcen werden nutzbar gemacht.
7	1.8	KBV/DKG	Position wird unterstützt: keine Übernahme	Textpassage ist überflüssig, da Netzstruktur mit dem Ziel entsteht, zeitnahe und indikationsgerechte Versorgung zu ermöglichen.
7	1.9	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt	Die Entwicklung eines Versorgungsnetzes soll flexibel durch die Nutzung der regionalen Gegebenheiten ermöglicht werden. Ein bestehender Netzverbund muss die Möglichkeit der Weiterentwicklung haben. Dies ist prozessbegleitend erforderlich. Netzverbundkonferenzen haben sich bereits in der Praxis als essentiell erwiesen.
7	1.10	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt	Patientenorientierte Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat fest vorzuschreiben, wie der GKV-SV vorschlägt, ist eine zu starre Regelung.
7	1.12	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	
7	3	KBV/DKG	Position wird unterstützt	Diese Position enthält die in der vertragsärztlichen Versorgung vorgehaltenen und zukünftig auch in

				der Regelversorgung zur Verfügung stehenden Strukturelemente.
7	4	KBV	Position wird unterstützt	s. Begründung zu § 1 Absatz 3.4 Vorerfahrungen zur Koordination von Netzverbänden von Organisationen im Rahmen von Selektivverträgen oder durch den Innovationsfond geförderten Versorgungsprojekten sollen einbezogen werden. Eine digitale Plattform über die KBV/Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erleichtert die Prozesse.
8	1	KBV/DKG/PatV	Der Zugang sollte in der Regel per Überweisung erfolgen, aber auch durch eine Empfehlung möglich sein.	Niedrigschwelligkeit ist insbesondere beim Zugang zu dieser Versorgung von Bedeutung, da krankheitsbedingt, wie schon vielfach beschrieben, insbesondere der hier genannten Patientengruppe Zugang zu indikationsgerechter Versorgung erschwert ist. Deswegen entsteht diese Richtlinie.
8	1	GKV-SV	Die Position des GKV-SV wird abgelehnt	
8	2	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligte müssen eine Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können. Erfahrungsgemäß werden das in der Regel Teilnehmende mit Bezug zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein. Eine Einschränkung auf wenige Facharzt-Gruppen ist insbesondere bei dem Ziel, schnelle und niedrigschwellige Versorgung zu ermöglichen, nicht plausibel.
8	3	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	Diese intensivierte Versorgungsform bedarf umfassender Kenntnisse über medizinisch-psychiatrische, psychotherapeutische sowie sozialmedizinische Aspekte der Akutversorgung, der Rehabilitation und Prävention, aber auch der rezidivpro-

				<p>phylaktischen Maßnahmen. Da im Rahmen einer stationären Behandlung alle diese Aspekte fachärztlich supervidiert zusammengeführt werden, kann die Empfehlung über die weitere Behandlung insbesondere durch die hier beschriebene intensiviertere Form nur fachärztlich erfolgen.</p> <p>Die Entlassung aus einer Klinik im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a SGB V regelt die Entlassung aus einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Behandlung in die Regelversorgung. Die Indikation für die hier beschriebene komplexe Versorgungsform für schwer kranke Patienten bedarf der strengen fachärztlichen Indikationsstellung und ist damit klarer als in § 39 Absatz 1a SGB V festgelegt eine originär fachärztliche Aufgabe.</p>
8	4	GKV-SV/PatV	<p>Position wird abgelehnt, deshalb „keine Übernahme“</p> <p>Änderungsvorschlag:  „Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.“</p>	Einer solch kleinteiligen Regelung bedarf es nicht.
8	5	DKG/KBV/PatV	<p>Die Position von DKG, KBV und PatV wird unterstützt.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV wird abgelehnt.</p>	<p>Die Position des GKV-SV mit der Forderung einer Frist von 3 Tagen nach Empfehlung ist zu eng gefasst, wenn diese regelhaft erfolgen muss. Patientenbezogene Bedingungen, die eine Terminwahrnehmung innerhalb von 3 Tagen verunmöglichen, könnten dann ggf. einen Zugang verhindern.</p>

8	6	DKG/KBV/PatV	Die Position von DKG, KBV und PatV wird unterstützt. Der Vorschlag des GKV-SV wird abgelehnt.	Die Regelung ist hier eindeutig und unmissverständlich beschrieben. Die Niedrigschwelligkeit des Zugangs wird deutlich.
9	1		Der Absatz soll lauten: „In der Eingangssprechstunde erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst-) Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach Absatz 1 Nummer 1 bis 5.  Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und, sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt.  Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut festgelegt. Die Wünsche der Patienten oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“	
9	2	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	Die zur Verfügung stehenden Interventionen werden damit konkretisiert.
9	3	KBV/DKG/PatV	Position von KBV, DKG und PatV wird unterstützt. Position des GKV-SV wird abgelehnt	Die Prüfung der Hilfen nicht nur für Kinder, sondern auch von Angehörigen und anderen Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten ist sinnvoll, da es z. B. auch pflegebedürftige oder schwerkranke erwachsene Angehörige geben kann, mit deren Versorgung/Pflege eine Überforderung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten einher gehen kann.
9	4-6	KBV/DKG/PatV	Position wird unterstützt: „keine Übernahme“ Position des GKV-SV wird abgelehnt.	Regelungen an anderer Stelle



				Die Einschlusskriterien sind umfassend geregelt und müssen ohnehin dokumentiert werden.
9	7	KBV/PatV	Position wird unterstützt: Aufnahme des Satzes (7) Aber das Wort „umfasst“ ist versehentlich doppelt genannt, d.h. muss einmal gestrichen werden. Die Berücksichtigung des Kindeswohls im letzten Satz ist uns besonders wichtig.	Die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld entspricht einem zentralen Patientenbedürfnis und muss ermöglicht werden.
10	1	KBV	Die KBV-Position wird unterstützt	Diese Regelung ergänzt die im § 1 Absatz 3.2
10	2	KBV/PatV	Die KBV-Position wird unterstützt	Redaktionell: Aufnahme der Ergänzung „...oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten zu erfolgen.“
10	3	GKV-SV/KBV/DKG	Position von GKV-SV, KBV und DKG wird unterstützt  Position der PatV wird abgelehnt	Bei der Nennung der weiteren Maßnahmen zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um notwendige Ergänzungen, um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen. Die Position der PatV mit Einführung einer „koordinierenden Bezugsperson“ kann an dieser Stelle entfallen, da dies an anderer Stelle geregelt ist.
11		KBV/DKG	Position wird unterstützt unter redaktionellem Einschluss „oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten“.	Praxisnahe Formulierung
12	1	GKV-SV	Unterstützung der Aufnahme der Formulierung: „Dabei ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau mittels des Instrumentes nach § 2 Absatz 3 zu erheben.“	Insbesondere das psychosoziale Funktionsniveau ist von Bedeutung. Für die Erhebung kommt der Mini-ICF-P durch seine spezifische Eignung und Nutzung bereits im rehabilitativen Versorgungsbereich besonders in Frage.

12	2		<p>Annahme insbesondere der KBV-Position. Der Absatz soll lauten: „Nimmt ein Krankenhaus 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 Entlassungsbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten oder an ein anderes vom Netzwerk aus gewähltes Netzmitglied.“</p>	<p>Hier handelt es sich um eine praxistaugliche und gut verständliche Formulierung, die die Umsetzung der beabsichtigten Verbesserung des Übergangs im Rahmen des Entlassmanagements erleichtert.</p>
12	3		<p>Annahme insbesondere der KBV-Position:  Der Absatz soll lauten:  „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 Netzwerk nach § 4 auf und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung in der Eingangssprechstunde vereinbart. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Kran-</p>	<p>s. Begründung zu §12 Absatz 2</p>

			kenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen.“	
13	1	KBV/DKG	Position wird unterstützt, einschließlich Einfügung „oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4 vorzunehmen.“	Die quartalsweise Überprüfung des Behandlungserfolgs ist praktikabel und sinnvoll und ermöglicht präzise patientenindividuelle Behandlungszeiträume.
13	2	KBV/DKG	Position wird unterstützt einschließlich der Einfügungen der KBV: „...außerhalb der Richtlinie...“ sowie „...oder die Bezugstherapeutin oder der Bezugstherapeut...“	Die Konkretisierung verdeutlicht das Anliegen dieser Richtlinie, keinesfalls dadurch die Regelversorgung zu reformieren. Diese besteht unverändert nach den bisher geltenden Gesetzen.
13	3	KBV/DKG	Position von KBV und DKG wird unterstützt. Der Absatz soll lauten:  „Bei einer Behandlungsdauer im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie von länger als einem Jahr ist ein Assessment nach § 2 durch einen weiteren Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1, Nr. 1 - 5 aus dem Netzverbund, der nicht Teil des Behandlungsteams ist, durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit dem Behandlungsteam zu bewerten.“	
<b>Anlage</b>	<b>Leistungs- module</b>	KBV	Die Punkte 1-12 werden unterstützt	Die Punkte 1-12 sind Ergebnis bereits laufender Netzprojekte und haben sich bewährt. Sie werden individuell indikationsspezifisch angewandt.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

### Deutsches Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>

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

<b>Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.</b>				
<b>22.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	(2) 1.	KBV/DKG/PatV	Wir unterstützen diese Position.	Personen mit (schweren) psychischen Erkrankungen sollte möglichst nahe ihres Wohnumfeldes Hilfe zu teil werden, so dies der Therapie nicht hinderlich ist.
1	(3) 4.	KBV/PatV	Wir unterstützen diese Position.	Die persönliche Kontinuität kann über das Behandlungssetting hinweg insbesondere durch Bezugspsychotherapeuten gewährleistet werden. Es ist somit unerlässlich, dass diese hier Erwähnung finden.
2	1	GKV-SV	Position wird nicht mitgetragen.	Der von der GKV-SV vorgelegte Entwurf entspricht nicht den eigentlichen Zielen des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Der GKV-SV nimmt in der Definition der Patientengruppe zahlreiche Voraussetzungen für eine Behandlung auf, welche die leistungsberechtigte Patientengruppe stark einschränkt. Sowohl die Definition von einer

				hinreichenden Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit, als auch die Charakterisierung einer schweren psychischen Erkrankung sind demnach als leistungseinschränkend abzulehnen.
2	(2)	GKV-SV	Position wird nicht mitgetragen.	Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sind nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten definiert und bedürfen keiner weiteren Klassifikation durch die GKV-SV. Der vorliegende Entwurf ist leistungseinschränkend und wird dem Ziel einer zielgerichteten Leistungsversorgung des Versicherten nicht gerecht.
3	(4) 3.	KBV/DKG	Position wird nicht mitgetragen.	Die in der Bundesrahmenempfehlung gemäß § 132a SGB V hinterlegten Kriterien zur Leistungserbringung sind ausreichend und umfassend beschrieben. Zudem wurden diese durch die entsprechenden Verhandlungspartner geeint. Darüberhinausgehende Regelungen können und dürfen nicht Gegenstand dieser Richtlinie werden und sind entsprechend abzulehnen.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>



**familien selbsthilfe  
psychiatrie**

**Bundesverband der Angehörigen  
psychisch erkrankter Menschen e.V.**

BApK e.V. Oppelner Str. 130 53119 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abt. M-VL  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin

per Mail: SKV@G-BA.de

BApK e.V.

Geschäftsstelle

Fon: 0228-71002400

Fax: 0228-71002429

Mail: bapk@psychiatrie.de

Internet : www.bapk.de

26.01.2021

**Betreff Stellungnahme zur „Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V (Erstfassung)“**

Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning,

gerne nimmt der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK e.V.) zu der Erstfassung der „Richtlinie über die strukturierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexen Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V“ Stellung.

Der BApK begrüßt ganz ausdrücklich die Intension dieser speziellen Richtlinie, die für die Betroffenen eine bessere Integration in die Gesellschaft ermöglichen und den Angehörigen manche Last abnehmen könnte. Gleichwohl sehen wir einige Punkte, die bei einer Umsetzung hinderlich sein könnten. Gerne führen wir diese im Vorwege aus:

1. Wettbewerbsrecht im ambulanten Bereich

Die Zusammenarbeit in einem Netzverbund bedeutet für deren Mitglieder Mehraufwendungen für die Organisation. Der Nutzen liegt u. a. in einer besseren Auslastung der Leistungserbringer und zwischen diesen, da die freie Wahl eingeschränkt ist und Netzverbund individuellen Standards folgt. Mitanieter könnten hiergegen klagen.

2. Koordination zum somatischen Bereich

Schwer psychisch kranke Menschen sterben häufig an einer somatischen Erkrankung, deren Behandlung bedingt durch die psychische Erkrankung suboptimal verläuft. Warum nach umfassender Differentialdiagnostik die Koordination nicht einschließlich des somatischen Bereiches erfolgen soll, erschließt sich uns nicht. Somatische Erkrankung haben zudem Einfluss auf die psychiatrische Erkrankung.



### 3. Rechtliche Betreuung Aufgabenkreis Gesundheitsvorsorge

Schwer psychisch kranke Menschen stehen häufig unter rechtlicher Betreuung, die sich auch auf die Gesundheitsvorsorge erstreckt. Kann diese auch Teil des Netzverbundes werden?

### 4. Krisenintervention

Der Netzverbund ist eine Lösung für das ambulante Umfeld. Für Kriseninterventionen - idealerweise 24/7 - müssen entweder erhebliche Personalressourcen im Netzwerk vorgehalten werden. Alternativ wird auf ein Bezugskrankenhaus zurückgegriffen oder der kommunale Krisendienst - sofern er denn existiert - wird eingebunden.

### 5. Komplexitätsreduktion

Es gibt eine Reihe von ähnlichen Ansätzen wie PIA, Integrierte Versorgung, Regionalbudget. Kein Ansatz hat es zu einer 100 %-Flächenabdeckung gebracht. Die Befürchtung besteht, dass diese Lösungen die Komplexität des Gesamtsystems erhöhen und dadurch die aktuelle Koordination wie auch spätere SGB-übergreifende Lösungen erschweren.

### 6. Doppelstrukturen

Der Eindruck entsteht, dass parallel zu einer Gemeindespsychiatrischen Struktur der Koordination aus dem SGB IX eine medizinische Struktur aus dem SGB V entsteht.

### 7. 3/7 Tage Eingangssprechstunde

Binnen 3 oder 7 Tagen eine Eingangssprechstunde idealerweise mit einer gleichzeitigen differentialdiagnostischen Abklärung im ambulanten Bereich verbindlich zu gewährleisten, kann eine Herausforderung für den Netzverbund zu sein.

### 8. Abdeckung kommunaler Gebiete

Nach unserem Verständnis sollte durch einen Netzverbund ein gesamtes kommunales Gebiet abgedeckt werden. Eine teilweise Abdeckung durch einen Netzverbund sollte nur dann möglich sein, wenn der Rest durch andere Verbünde abgedeckt wird.

Wir hoffen, die Diskussion mit unserer Stellungnahme befruchtet zu haben und verbleiben

mit freundlichen Grüßen



Dr. Rüdiger Hannig  
Stellv. Vorsitzender BApK e.V.

Anlage: 2021\_01\_24\_Abgabe\_SN\_UA-adhoc 92-6b.docx

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

<b>Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.</b>				
<b>04.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
§1			Abdeckung kommunaler Gebiete	Nach unserem Verständnis sollte durch einen Netzverbund ein gesamtes kommunales Gebiet abgedeckt werden. Eine teilweise Abdeckung durch einen Netzverbund sollte nur dann möglich sein, wenn der Rest durch andere Verbünde abgedeckt wird.
§1	(2)	KBV/DKG/PatV	... psychosomatischen, <u>psychosozialen</u> und ... (ergänzen)	Die differentialdiagnostische Abklärung ist auch eine soziale Diagnostik und das Angebot der Leistungserbringer umfasst auch die Soziotherapie, die bei dieser Patientengruppe mit schweren psychosozialen Einschränkungen hilfreich ist.
§1	(2) 1.	GKV-SV/DKG	(Übernahme)	Ein bundesweit in jeder Kommune vorhandenes Versorgungsangebot würde dem Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse entsprechen und u. a. eine Wohnortmobilität von Betroffenen und Angehörigen ermöglichen.
§1	(2) 1.	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	Das Ziel sollte ein (oder mehrere) das kommunale Umfeld abdeckender Netzverbund sein, der eine Ergänzung durch die kommunale Gemeindepsychiatrie erfährt.

§1	(2) 3.	KBV/DKG/GKV-SV	(streichen)	Der Nebeneffekt dieser innovativen Versorgungsform sollte die die Vermeidung und die Verkürzung von stationären Aufhalten gem. ambulant-vor-stationär sein. Als Steuerungsgröße besteht allerdings die Gefahr, dass Risiken und Aufgaben ins Umfeld der Angehörigen transferiert werden.
§1	(3) 1.		(Anmerkung)	Zu der Verbesserung des Zugangs gehört es ganz wesentlich, dass es in jeder Kommune bundesweit ein solches Angebot idealerweise unter ein und demselben Namen gibt.
§1	(3) 4.	KBV/PatV	(Übernahme)	Derjenige, der die langandauernde psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungsbeziehung eingeht, sollte der Bezugsarzt sein und die Behandlung moderieren.
§1	(3) 5.		(Anmerkung)	Auch wenn es hier nicht steht, so sollte keine Barriere zu den somatischen Fachbereichen aufgebaut werden.
§1	(3) 6.		(Punkt an das Ende von (3) verschieben)	Der Gesamtbehandlungsplan umfasst auch Elemente aus 7., 8. und 9.. Um dieses zu unterstreichen, sollte er ans Ende gestellt werden.
§1	(3) 7.		... ambulanter, sowie psychiatrischer und somatischer Behandlung, (ergänzen)	Der Übergang zwischen psychiatrischer und somatischer Behandlung im stationären Umfeld ist schwierig.
§1	(3) 8.		(Anmerkung)	Dieser Punkt ist für uns Angehörige und andere Bezugspersonen ganz wesentlich: Keine Abstimmungen mit den Erkrankten über uns ohne unsere freiwillige Zustimmung, die wir auch jederzeit widerrufen können, greifen doch z. B. stationsäquivalente Maßnahmen tief in

				<p>unsere Selbstbestimmung ein. Diese Maßnahmen sollten nur mit unserer Zustimmung Teil des Behandlungsplanes werden.</p> <p>Um qualifiziert unsere Zustimmung zu geben, muss ein ausreichender Einblick in die Krankheit gewährt werden.</p> <p>Darüber hinaus sollten dem Umfeld Angebote der Psychoedukation und dergleichen unterbreitet werden.</p>
§2	(3) 9.		(Anmerkung)	Ohne Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V wird die Versorgung zu keinem Erfolg.
§2	(1)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme) inkl. [KBV/DKG] [DKG/PatV]	
§2	(2)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§3	(3)	PatV	(Übernahme)	Die Kriterien sollten möglichst einheitlich sein.
§3	(3)	KBV/DKG	(Übernahme)	
§3	(4) 3.	GKV-SV/PatV	(Übernahme)	
§4	(5)	KBV/GKV-SV/PatV	(Übernahme)	
§4	(1)	GKV-SV/DKG/PatV	(Übernahme)	<p>Wenn unter Region der Landkreis oder die kreisfreie Stadt verstanden wird, so unterstützen wir das.</p> <p>Unter einer Region sollte nicht verstanden werden z. B. der Zusammenschluss von 2</p>

				<p>halben Kreise, so dass Teile von einem Kreis nicht abgedeckt werden.</p> <p>Ziel sollte die bundesweite Abdeckung aller Kommunen sein.</p>
§4	(1)	KBV/DKG	<u>,psychosomatischen, psychosozialen</u> (Ergänzung)	Siehe vorherige Argumentation
§4	(2)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§4	(2)	KBV/PatV	(Übernahme)	
§4	(2)	PatV	(Übernahme)	Zum Erfolg wird die Versorgung nur, wenn alle mit einbezogen sind.
§4	(3)	PatV	<p>(Übernahme) außer:</p> <p><del>5 Fachärztinnen und Fachärzten für</del> wird <u>1</u> <u>Fachärztin und Facharzt für</u></p> <p><del>3 ärztlichen oder Psychologischen</del> <del>Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten</del> wird 1 ärztliche(r) oder Psychologische(r) Psychotherapeutin oder Psychotherapeut</p> <p><del>mit regionaler Versorgungsverpflichtung und</del> <del>ermächtigter Psychiatrischer Institutsambulanz nach</del> <del>§ 118 SGB V</del></p>	<p>Ziel ist die möglichst einfache Gründung von Netzverbänden mit einer Basisstruktur.</p> <p>Die wahren Personalanzahlen werden sich bei der Zulassung aus der Abdeckung der Region und dem Leistungsangebot ergeben.</p>
§4	(4)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§4	(4)	KBV/DKG	<p>(Übernahme) außer:</p> <p>... Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens ... Abs. 5 Nr 1 bis 3.</p> <p>[DKG: Inhalte zur ... (streichen)] [KBV: im Bedarfsfall (streichen)] [DKG: Mindestens ... (streichen)]</p>	Vieles ergibt sich aus den vorherigen Texten, dem Leistungsangebot und aus der Zulassung.

			[KBV: Leistungserbringerinnen ... (streichen)]	
§4	(5)	PatV	(Übernahme) und ergänzend: 6. Selbsthilfeorganisation <u>und</u> 7. <u>somatischen Leistungserbringern.</u>	Der Vorschlag der PatV ist sehr weitreichend und ermöglicht aus unserer Sicht am ehesten die Vielfalt der Erkrankungen abzudecken.  Unabhängig oder abhängig durch die psychiatrische Behandlung treten somatische Erkrankungen auf, deren Behandlung mit den Partnern des Netzverbundes abgestimmt mit eingebunden werden müssen.
§4	(6)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§4	(7)	GKV-SV/KBV/PatV	(Übernahme) mit [KBV] und ohne [GKV-SV] und ohne [PatV]	Wichtig ist die Erfüllung des Leistungsversprechens.
§4	(8)	GKV-SV	(Übernahme)	Bei Unterschreitung der Mindestvoraussetzungen ist die gewünschte Struktur nicht mehr gegeben und muss die Genehmigung entzogen werden.
§4	(9)	GKV-SV/KBV	(Übernahme) ohne [GKV-SV]	
§5	(10)	GKV-SV	(Übernahme)	
§5	(1)	PatV	(Übernahme) bis ... nach §3 (1) ... ... <del>und gehören einer der ... oder Bezugstherapeut sein.</del>	Siehe frühere Argumentation zu Psychotherapeuten.  Bitte keine Redundanzen bei den Leistungserbringern.
§5	(2)	KBV	(Übernahme)	Der Bezugsarzt(-therapeut) ist die zentrale Person für eine langanhaltende, belastbare, therapeutische Beziehung zum Patienten. Dafür ist die menschliche und fachliche

				Passung wichtig. Daher ist der KBV Vorschlag der zutreffendste.
§5	(3)	KBV	(Übernahme 1 Absatz) plus <u>Die Zusammensetzung und Größe des Behandlungsteams ergeben sich aus den aktuellen Bedürfnissen des Patienten oder Patientin.</u>	Der Verlauf einer psychischen Erkrankung ist nicht stetig, sondern wird u. a. auch durch Krisen bestimmt. Die Zusammensetzung des Behandlungsteams kann daher nicht konstant sein, sondern muss immer den aktuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst werden (Ideen des Flexible Assertiv Community Treatment Teams). Die einzige Konstant sollte der Bezugsarzt/-therapeut und die koordinierende Person nach §6 bleiben.
§5	(4)	KBV/DKG	(Übernahme)	
§6	(5)	KBV/PatV	(Übernahme)	
§6	(1) 1.	KBV/DKG	(Übernahme) inkl. [KBV]	Diese Formulierung ermöglicht dem Netzverbund mehr Gestaltungsspielraum.
§6	(1) 2.	KBV/DKG	(Übernahme)	
§6	(1) 3.	GKV-SV/KBV/DKG	(Übernahme)	
§6	(2)	KBV/DKG	(Übernahme) plus ... Patienten kann <u>abweichend von §3</u> an nachfolgende ...	Vermeidung von Redundanzen
§6	(2)	KBV/PatV	(Übernahme) plus , <u>die</u> über eine ...	
§6	(2) 2.		Streichung	Redundant
§6	(2) 3.		Streichung	Redundant

§6	(2) 4.		Streichung	Redundant
§6	(2) 5. - 8.	GKV-SV/PatV	(Übernahme) (Neunummerierung)	
§7	(3)	GKV-SV	(Keine Übernahme)	
§7	(1) 2.	GKV-SV	(Übernahme)	
§7	(1) 5.	GKV-SV/PatV	(Übernahme)	Die Einheitlichkeit ergibt sich aus den späteren Qualitätsanforderungen und der Datenschutz ist durch die DSGVO gegeben.
§7	(1) 7.	KBV/DKG	(Übernahme) plus ... Kooperation mit <u>dem niedrigschwelligen kommunalen Krisendienst</u> , dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder ...	Die Vielfalt der Kontaktadressen sollte für die Betroffenen und die Angehörigen reduziert werden.
§7	(1) 8.	KBV/DKB	(Übernahme)	
§7	(1) 9.	GKV-SV	(Übernahme)	
§7	(1) 10.	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§7	(1) 12.	GKV-SV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§7	(3)	KBV/DKG	(Übernahme)	
§8	(4)	KBV/PatV	(Übernahme) plus [PatV: kann erfolgen] [KBV: sind] [KBV: Förderung der]	
§8	(1)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	



§8	(2)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§8	(2)	KBV	(Übernahme)	Die Richtlinie gehört zum SGB V.
§8	(3)	GKV-SV/KBV/DKG	(übernahme)	
§8	(3)	KBV/PatV	(Übernahme)	
§8	(4)	DKG/KBV	(Übernahme)	
§8	(4)	GKV-SV	(Übernahme)	
§8	(4)	GKV-SV	(Übernahme) bis zur differentialdiagnostischen Abklärung <u>Eingangssprechstunde</u>	
§8	(5)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§8	(5)	DKB/KBV/PatV	(Übernahme)	Kurzfristig zu garantierende Werte blockieren Ressourcen für die Behandlung.
§8	(6)	GKV-SV	(Übernahme)	
§9	(6)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme) inkl. [DKG/PatV]	
§9	(1)	GKV-SV	(Übernahme) plus [KBV/DKG/PatV] von Zudem wird die .. zu berücksichtigen. Inkl. [KBV/PatV] [DKG/PatV]	
§9	(2)	KBV	(Übernahme)	

§9	(3)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	Dieses ist insbesondere dann notwendig, wenn die An- bzw. Zugehörigen gleichfalls psychisch erkrankt sind.
§9	(4) .. (6)	DKG	(Übernahme)	
§10	(7)	KBV/PatV	(Übernahme) inkl. [KBV] plus ... die Eignung des Lebensumfeldes <u>und die freiwillige Einwilligung der betroffenen An- und Zugehörigen</u> . Sofern ...	
§10	(1)	GKV-SV/DKG/PatV	(Übernahme) plus [GKV] [PatV] [GKV-SV/PatV] sowie eine Streichung ... sowie <del>bei Bedarf</del> relevante Bezugspersonen ... Plus am Ende: Um eine spätere Koordination zu gewährleisten, wird eine Reihenfolgen der Maßnahmen vorgegeben.	Leider erleben wir Angehörige es immer wieder, dass Bezugspersonen, auch wenn sie dysfunktional sind, nicht mit einbezogen werden und damit eine erfolgreiche Behandlung erschweren.  Für eine erfolgreiche zeitliche Koordination ist, wenn sich bestimmte Maßnahmen gegenseitig ausschließen, eine Reihenfolgenvorgabe bzw. Priorität zu vergeben.
§10	(2)	KBV/PatV	(Übernahme)	
§11	(3)	GKV-SV/KBV/DKG	(Übernahme)	
§12		KBV/DKG	(Übernahme) inkl. [KBV]	Stringente Formulierung und passend zu dem § 6

§12			Streichung	<p>Es ist nicht zu erkennen, wodurch im §12 die Sektorenübergänge beschleunigt werden sollen:</p> <p>Der Patient ist im Netzverbund: Dann ist alles geregelt.</p> <p>Der Patient ist nicht im Netzverbund: Dann gibt es einen Übergang vom stationären System ins ambulante und das ist in § 8 geregelt; einzig schon während des Klinikaufenthaltes könnte die Aufnahme in den Netzverbund angefragt werden. Beim Übergang vom ambulanten ins stationäre System kann die Aufnahme in den Netzverbund gestartet werden, muss es aber nicht.</p>
§12	(1)	GKV-SV	(Übernahme)	Beim Übergang vom stationären System sollte immer eine Statusfeststellung/Qualitätskontrolle sowohl aus Klinik- als auch Patientensicht erfolgen.
§12	(2)	GKV-SV/PatV	(Übernahme)	Krankenhäuser sollten sich grundsätzlich kooperativ verhalten.
§12	(2)	KBV/PatV	(Übernahme)	
§12	(2)	GKV-SV/PatV	(Übernahme) inkl. [GKV-SV]	Eigentlich doppelt.
§12	(3)	GKV-SV	(Übernahme)	
§12	(3)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§12	(3)	KBV/DKG/PatV	(Übernahme)	
§13	(5)	PatV	(Übernahme)	
§13	(1)	GKV-SV/PatV	(Übernahme)	

§13	(2)	GKV-SV/PatV	(Übernahme)	Wenn das Therapieziel die Nicht-Verschlechterung ist und dieses Ziel erreicht wird, ändert sich nichts an den Voraussetzungen nach § 2.
Anlage	(3)	GKV-SV/PatV	(Übernahme) inkl. [GKV-SV]: eine [GKV-SV]: Versorgung, ...	
		KBV	(Übernahme) bis auf (1) Eingangssprechstunde mit <del>Assessment</del> <u>differentialdiagnostischer Abklärung</u>	Anstelle des Assessments wurde zuvor immer die differentialdiagnostische Abklärung gefordert.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

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

<b>Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) unter Berücksichtigung der durch den Betroffenenrat eingebrachten Punkte</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Titel			UBSKM empfiehlt hier, den psychosomatischen Behandlungsbedarf schon im Titel mit zu nennen.	Siehe Begründung §1 Abs. 2
1	2	KBV/DKG/PatV	UBSKM schließt sich hier der Position der KBV, DKG und PatV an. Der psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische sollte explizit genannt werden.	Gewalterfahrungen haben oft psychosomatische Folgen, deren Behandlung von dieser Richtlinie abgedeckt werden sollte. Somit sollte sowohl der psychiatrische als auch psychotherapeutische und psychosomatische Behandlungsbedarf in dieser Richtlinie genannt werden. Dies sollte konsequent durch die Richtlinie beachtet werden, entsprechend des Vorschlags der KBV.
1	2		Nach Nr. 3 sollte muss Nr. 4 eingefügt werden mit folgendem Inhalt.  „Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf die fortlaufende Koordinierung der	Die vorliegende Richtlinie sollte als Möglichkeit genutzt werden, die Versorgung von schwer psychisch kranken Patient*innen unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung langfristigen und kontinuierlichen Behandlungsbedarfs zu verbessern.

			<p>Versorgungsangebote gewährleisten. Sie soll hierbei eine ununterbrochene bedarfsgerechte Behandlung sicherstellen und eine koordinierte Überleitung in die Versorgungsformen außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.“</p>	<p>Langjährige Gewalterfahrungen psychischer, körperlicher und sexueller Art in Kindheit und Jugend können zu schwerwiegenden, dauerhaften und im Lebensverlauf immer wieder akut auftretenden Belastungen und Teilhabeeinschränkungen führen und bedürfen eines erweiterten Angebots, das über die bestehenden Versorgungsformen hinaus geht.</p> <p>Die Studie „Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland“<sup>1</sup> zeigt, dass die Antragsverfahren regelmäßig zu Unterbrechungen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung führen. Zudem wird die Begrenzung der Therapiekontingente, die derzeit in der Psychotherapierichtlinie vorgesehen sind, von Betroffenen als besonders hinderlich erfahren<sup>2,3,4</sup> und führen oftmals dazu, dass Betroffene vor Erreichung des Therapieerfolges die Behandlung abbrechen müssen. Zwar ist grundsätzlich eine therapeutische</p>
--	--	--	---	--

<sup>1</sup> Sommer, J. (2016). Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland. Trauma & Gewalt, 4, 308 – 319.

<sup>2</sup> Sommer, et al. (FN1)

<sup>3</sup> Bilanzbericht 2019 der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung Sexuellen Kindesmissbrauchs, S. 197. [https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/2019/05/Bilanzbericht\\_2019\\_Band-I.pdf](https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/2019/05/Bilanzbericht_2019_Band-I.pdf)

<sup>4</sup> Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, S. 63, [https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Presse\\_Service/Publikationen/Abschlussbericht-der-Unabhaengigen-Beauftragten-zur-Aufarbeitung-des-sexuellen-Kindesmissbrauchs.pdf](https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Presse_Service/Publikationen/Abschlussbericht-der-Unabhaengigen-Beauftragten-zur-Aufarbeitung-des-sexuellen-Kindesmissbrauchs.pdf)

				<p>Versorgung über die Höchstgrenzen hinaus auch ohne Pause von zwei Jahren nach Therapieende möglich, jedoch wissen wir von Betroffenen und Fachkräften aus der Praxis, dass diesbezügliche Anträge häufig abgelehnt werden.<sup>5</sup> Dies wird von der Gutachterstatistik<sup>6</sup>, insofern bestätigt, als dass knapp 20% der Anträge auf Fortführung über die Höchstgrenzen abgelehnt und ca. 25% nur teilweise genehmigt werden. Zum Vergleich: Alle anderen Antragsarten werden in nur ca. 2-13% abgelehnt oder teilweise genehmigt.</p> <p>Unfreiwillige Therapieabbrüche oder -unterbrechungen führen neben der Verschlechterung der therapeutischen Beziehung und Behinderungen des therapeutischen Prozesses zu einer Verschlechterung der Symptome, selbstverletzendem Verhalten, suizidalen Tendenzen, Substanzmissbrauch und Rückfall zu Suchtverhalten, sowie oftmals auch zu stationären Aufenthalten, die bei einer kontinuierlichen ambulanten therapeutischen Behandlung nicht notwendig gewesen wären.<sup>7</sup></p>
--	--	--	--	---

<sup>5</sup> Sommer, et al. (FN1)

<sup>6</sup> Gutachterstatistik 2019 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, S.6 [https://www.kbv.de/media/sp/2020\\_12\\_15\\_Gutachtenstatistik\\_2019\\_final.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2020_12_15_Gutachtenstatistik_2019_final.pdf)

<sup>7</sup> Sommer et al. (FN7)



				<p>Diese Versorgungslücke ist aus Sicht der Betroffenen nicht hinnehmbar und führt langfristig zu zusätzlichen Kosten, die durch eine fortlaufende ambulante Behandlung vermeidbar wären.</p> <p>Denkbar ist, dass im Rahmen eines Netzverbundes eine Versorgung gestaltet wird, die die unterschiedlichen Versorgungsangebote vernetzt und langfristige und kontinuierliche Behandlung ermöglicht. Dies würde auch dem Zweck unter Nr. 3 entsprechen, dass die Versorgung nach dieser Richtlinie im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten erreichen soll.</p> <p>UBSKM bittet daher darum, den Aspekt der langfristigen und kontinuierlichen Versorgung in der Richtlinie zu ergänzen.</p>
1	3		<p>UBSKM empfiehlt den Passus „unter Einbezug des Patientenwillens“ zu konkretisieren. Es sollte deutlich werden, dass alle hier genannten Maßnahmen nur mit dem informierten Einverständnis der*des Patient*in erfolgen können.</p>	<p>Für Betroffene von sexualisierter Gewalt ist ein aus der Spezifik der Gewalt resultierender traumatisierender Aspekt ein Gefühl von Ohnmacht und Kontrollverlust, das in der Behandlung nicht wieder erfolgen sollte, um eine Reaktualisierung traumatischer Erfahrungen und im schlimmsten Fall eine Re-traumatisierung, Vermeidung der Behandlung und somit eine Verschlechterung des</p>

				<p>Gesundheitszustands zu verhindern. Wichtig ist, dass der*die Patient*in über die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wird und ein aktives Mitgestaltungs- und Entscheidungsrecht hat. Dies betrifft die Wahlmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Versorgungsformen, die Wahl der Behandler*innen, Zusammensetzung des Behandlungsteams, Teilnahme an Fallbesprechungen, Beurteilung des Behandlungsfortschritts aber auch die Weitergabe von Informationen und Verwendung der elektronischen Patientenakte. Mit der Weitergabe von Informationen sollte bei Betroffenen von sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend besonders sensibel umgegangen werden, um das Vertrauensverhältnis zwischen Patient*innen und Behandler*innen zu stärken. Betroffene von ritueller und organisierter sexueller Gewalt (mit großen Täternetzwerken) befürchten diesbezüglich oftmals, dass Informationen über ihre Behandlung in Täternetzwerke hineingetragen werden, was zu Behandlungsabbrüchen führen kann.</p>
1	3	KBV, PatV	<p>Aus Sicht des UBSKM sollte bei Nr. 4, so wie von der KBV und PatV vorschlagen, die Behandlungsleitung von Bezugspsychotherapeut*innen ermöglicht werden.</p>	<p>Bei der Versorgung von Betroffenen von sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend, die an schweren Traumafolgestörungen leiden, steht meist die psychotherapeutische Versorgung im Vordergrund und nicht die</p>

				<p>pharmakologische oder psychiatrische. Die Behandlungsleitung sollte daher auch von Psychotherapeut*innen übernommen werden können. UBSKM unterstützt daher die Position der KBV und PatV und bittet, dies in der gesamten Richtlinie zu berücksichtigen.</p>
2	1	KBV, GKV-SV	<p>UBSKM unterstützt an dieser Stelle die Position der KBV. Der psychosomatische Behandlungsbedarf sollte hier mit aufgenommen und die von der GKV-SV eingebrachte Voraussetzung der „hinreichenden Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ <i>nicht</i> aufgenommen werden.</p>	<p>Siehe Begründung §1 Abs. 2</p> <p>Bzgl. der hinreichenden Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit ist unklar, wie diese bestimmt werden soll. UBSKM möchte hierzu auch auf die Begründung zu §1 Abs. 3 verweisen. Maßnahmen dieser Richtlinie sollten nur nach dem informierten Einverständnis der Patient*innen erfolgen. Eine Ablehnung einzelner Behandlungsmaßnahmen darf nicht zum Ausschluss aus der Versorgung nach dieser Richtlinie führen.</p> <p>Zusätzlich möchte UBSKM an dieser Stelle erwähnen, dass schwer psychisch kranke Patient*innen mit Traumafolgestörungen aufgrund von Gewalterfahrungen in der Kindheit auch vor dem 18. Lebensjahr einer koordinierten und langfristigen Versorgung bedürfen. Daher regt UBSKM an, die vorliegende Richtlinie auf diesen Kreis zu erweitern bzw. eine derartige Richtlinie für Kinder und Jugendliche zu erarbeiten.</p>

2	2	KBV, DKG, PatV	UBSKM unterstützt den Vorschlag der KBV, DKG und PatV. Die Voraussetzung für eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie sollte sich nicht auf einzelne Diagnosen beschränken, sondern es sollten alle Personen mit einer psychischen Erkrankung zur Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein.	Der Vorschlag des GKV-SV weist zwar die posttraumatische Belastungsstörungen auf, jedoch sollten die im ICD-11 zur Aufnahme anstehenden komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen ergänzt werden. Auch fehlen im Vorschlag des GKV-SV die dissoziativen (F44) und somatoformen Störungen (F45), welche Folge von traumatisierenden Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend sein und zu langfristigen psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlungsbedarfen führen können. Insgesamt erscheint angesichts der vielfältigen Krankheitsbilder eine Erfassung des Versorgungsbedarfs beschränkt auf nur wenige ICD-10 Kodierungen als zu eng. Der Vorschlag der KBV/DKG/PatV erscheint demgegenüber sachgerechter.
2	3	KBV, DKG	UBSKM unterstützt und ergänzt an dieser Stelle die Position der KBV und DKG. Die dort genannten Fremdeinschätzungsinstrumente sind nicht ausreichend, um die Vielfalt an Funktionsniveaus und Beeinträchtigungen patientenindividuell abzubilden und müssen um Instrumente ergänzt werden, die auch neurologische und somatische Einschränkungen aufgrund von z.B. somatoformen Störungsbildern erfassen. Aufgrund der Vielfalt der patientenindividuellen	Somatoforme Störungen, die häufig Folgen von schwerem sexuellem Missbrauch sind und sich in neurologischen und somatischen Symptomen äußern, dürfen nicht kategorisch aus dem Versorgungsangebot dieser Richtlinie ausgeschlossen werden (siehe auch Stellungnahme und Begründung zu §2 Abs. 2). Der Einsatz von Fremdeinschätzungsinstrumenten mit

			<p>Beeinträchtigungen erscheint es UBSKM als sachgemäß, die Aufnahme in die Versorgung nach dieser Richtlinie auch auf Basis eines klinischen Urteils eines*einer Ärzt*in oder Psychotherapeut*in ohne Fremdeinschätzungsinstrumente zu ermöglichen.</p> <p>Zusätzlich möchte UBSKM darauf hinweisen, dass bei einer Festlegung von Cut-Off Scores darauf geachtet werden sollte, dass der Score nur bei Aufnahme des*der Patient*in in die Versorgung nach dieser Richtlinie vorliegen muss. Eine spätere Verbesserung darf nicht dazu führen, dass der*die Patient*in aus der Versorgung im Netzverbund herausfällt.</p>	<p>Cut-Off Score und ohne Berücksichtigung des klinischen Urteils eines*einer Behandler*in birgt das Risiko, dass Patient*innen, die eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie benötigen, wieder in derzeit bestehende Versorgungsformen übergeleitet werden. Wie in der Stellungnahme des UBSKM zu §1 Abs. 2 formuliert, kann dies zu unfreiwilligen Therapieabbrüchen und -unterbrechungen führen, welche als Folge oftmals stationäre Aufenthalte für die betroffenen Patient*in notwendig machen. Dies entspricht nicht dem Zweck dieser Richtlinie stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden (1§ Abs. 2 Nr. 3).</p>
3	1		<p>UBSKM bittet um die Ergänzung der folgenden Berufsgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin</li> <li>• Fachärzt*innen für Innere Medizin</li> <li>• Fachärzt*innen für Neurologie</li> <li>• Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen</li> <li>• Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</li> </ul>	<p>Diese Berufsgruppen gehören zu dem Behandlungsspektrum bei Menschen mit Traumafolgestörungen, z.B. bei somatoformen Störungen bzw. bei jungen Erwachsenen im Transitionsalter, und sollten dementsprechend gleichberechtigt vergütet werden.</p>
3			<p>Es sollte der folgende Passus ergänzt werden:</p> <p>Im Einzelfall sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten oder Krankenhäuser zur Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt</p>	<p>Soweit zur Sicherstellung einer kontinuierlichen oder einer übergreifenden Behandlung unter Beachtung des Patientenwillens nicht zugelassene Leistungserbringer in die Versorgung im Netzwerkverbund einbezogen werden, sollten diese in</p>

			und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.	gleichberechtigter Weise vergütet werden. Aus Sicht der Betroffenen ist dies angesichts der langen Behandlungsprozesse und Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung für Behandlungserfolge dringend notwendig. Patient*innen sollen nicht zu einem Behandlerwechsel zu Beginn der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie gezwungen werden: Auch nicht, wenn sie zuvor bei einem*einer nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*in, Psychotherapeut*in oder Krankenhaus in Behandlung waren.
4	2	KBV, PatV	UBSKM unterstützt die Position der KBV und PatV, dass das Behandlungsteam patientenindividuell zusammengesetzt werden kann.	Um die Behandlungskontinuität bei einem Wechsel zwischen bestehenden Versorgungsformen und der Versorgung nach dieser Richtlinie zu gewährleisten, muss die Möglichkeit der patientenindividuellen Behandlungsteams bestehen (siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 2).
4	5		UBSKM unterstützt grundsätzlich den Vorschlag der GKV-SV, KBV, DKG, bittet jedoch die von der PatV vorgeschlagenen Leistungserbringer*innen sowie die folgenden zu ergänzen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumaambulanzen § 31 SGB XIV</li> </ul>	Traumaambulanzen und spezialisierte Fachberatungsstellen für sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend sind grundsätzlich mit der Versorgung von Betroffenen sexualisierter Gewalt mit eingebunden und sollten bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie mit einbezogen werden können. Viele Betroffene nehmen therapeutische

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezialisierte Fachberatungsstellen für sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend</li> </ul> <p>UBSKM weist zudem darauf hin, dass patientenindividuell geprüft werden muss, welche Leistungserbringer*innen mit der Versorgung des*der Patient*in betraut sind. Diese sollten bei Bedarf mit einbezogen werden können und nicht grundsätzlich durch diese vorliegende Liste ausgeschlossen werden. USBKM bittet diesen Aspekt hier zu ergänzen.</p>	<p>Begleitangebote der spezialisierten Fachberatungsstellen zur notwendigen Stabilisierung wahr, während sie auf einen Therapieplatz warten. Zudem nehmen gerade Betroffene mit komplexen Traumafolgestörungen Leistungen der Eingliederungshilfen und des persönlichen Budgets sowie Alltagshilfen in der Pflege und Hilfeleistungen aus dem logopädischen bzw. auch aus weiteren psychosozialen und therapeutischen Bereichen in Anspruch. Aufgrund der Vielfältigkeit dieser Hilfeleistungen erscheint ein Passus, der im Einzelfall auch den Einbezug weiterer Leistungserbringer*innen in die patientenindividuellen Behandlungsteams ermöglicht, sachgerechter und gewährleistet die Behandlungskontinuität.</p>
4	10	KBV, PatV	<p>UBSKM unterstützt an dieser Stelle die Position der KBV und PatV. Die Behandlungskontinuität sollte gewährleistet werden und vorherige Behandler*innen mit einbezogen werden. Dies sollte bei Bedarf möglich sein und nicht nur „in Ausnahmefällen“. USBKM unterstützt auch den ergänzenden Passus der PatV, der sich auf weitere Leistungserbringer*innen bezieht.</p>	<p>Wir begrüßen die am Patientenwillen orientierte Möglichkeit, im Einzelfall auch weitere Behandler*innen in den Netzwerkverbund einbinden zu können. Dies ist im Sinne der Behandlungskontinuität dringend notwendig. Bereits begonnene Behandlungen sollten fortgesetzt werden können und die Versorgung nach dieser Richtlinie sollte nicht die bisherige Versorgungsformen ersetzen oder schmälern.</p>

				Siehe hierzu auch Stellungnahme und Begründung zu § 1 Abs. 2.
5		KBV	Aus Sicht des UBSKM sollte die Behandlungsleitung von Bezugspsychotherapeut*innen ermöglicht werden.	Siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 3 zu Position der KBV, PatV
5	3	KBV	UBSKM unterstützt die Position der KBV bezüglich der patientenindividuellen Behandlungsteams, bittet jedoch darum zu ergänzen, dass die Zusammenstellung des Behandlungsteams in Absprache mit der*des Patient*in erfolgt.	Siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 3 und §4 Abs. 2
7	1	GKV, PatV	UBSKM unterstützt bei Nr. 7, dass die Erreichbarkeit in Krisensituationen zu den Aufgaben des Netzverbundes gehört.	Ärztliche Bereitschaftsdienste und andere Krisendienste sind oftmals nicht mit Traumafolgestörungen vertraut. Die Organisation des Krisendienstes im Netzverbund erscheint an dieser Stelle sachgerechter, da dieser über Informationen zur Krankengeschichte einzelner Patient*innen verfügt und individuelle Hilfemaßnahmen einleiten kann. Somit können stationäre Aufenthalte vermieden werden. Zudem kann es für Betroffene die Hemmschwelle, sich in Ausnahmeständen Hilfe zu suchen, senken, wenn sie wissen, wer die Hilfe leistet.
7	1		UBSKM bittet bei Nr. 10 darum, dass den Patient*innen in regelmäßigen Abständen eine Teilnahme an den Fallbesprechungen ermöglicht wird.	Siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 3.



7	2		<p>UBSKM schließt sich der von der PatV vertretenen Position in Anlage 2 (Tragende Gründe) an, dass die elektronische Patientenakte nur mit Zustimmung der*des Patient*in verwendet werden darf, und möchte betonen, dass auch die Weitergabe von Informationen unter den Leistungserbringer*innen der informierten Einwilligung der*des Patient*in bedarf.</p>	<p>Siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 3.</p>
7	4	KBV/PatV	<p>UBSKM unterstützt die Position der KBV und PatV, möchte jedoch die Aufgaben der*des Netzwerkverbundbeauftragten wie folgt ergänzen:  Zu den Aufgaben der*des Netzwerkverbundbeauftragten gehört die verpflichtende, ausführliche Aufklärung der Patient*innen über externe Beschwerdesysteme im Rahmen der Versorgung allgemein und des konkreten Netzwerkverbundes. Bei der Arbeit im Netzwerkverbund ist hierbei zu klären, welche externen Beschwerdestellen zuständig sind. Dies betrifft insbesondere Fälle in denen beispielsweise Entscheidungen im Netzwerkverbund getroffen wurden, dem*der Patient*in jedoch nicht deutlich ist, wer die Verantwortung dafür trägt.</p>	<p>Bei Machtmissbrauch und Gewalt gegenüber den Patient*innen in der Versorgung nach dieser Richtlinie müssen externe Beschwerdestellen existieren und den Patient*innen bekannt sein. Diese Beschwerdestellen sollten die Patient*innen beraten und Unterstützung beim Umgang mit den Folgen von Fehlentscheidungen oder Machtmissbrauch bieten.</p>
9	2	KBV	<p>UBSKM begrüßt den Vorschlag der KBV einschließlich der angeführten Anlage.</p>	<p>Um eine langfristige und kontinuierliche Versorgung, die über die bestehenden Versorgungsformen hinaus geht, zu gewährleisten, erscheint der Vorschlag der KBV sachgerechter. Siehe Begründung §1 Abs. 2.</p>

9	3		<p>UBSKM unterstützt die Position der KBV, DKG und PatV, dass im Rahmen der Versorgung dieser Richtlinie auch geprüft werden soll, ob Hilfen für Angehörige erforderlich sind.</p>	<p>Angehörige können durch die psychischen Erkrankungen von ihnen nahestehender Personen belastet sein. Gleichzeitig kann die sich die Unterstützung durch Angehörige positiv auf den Behandlungsverlauf der Patient*innen auswirken. Die Prüfung auf notwendige Hilfen und ggf. Weitervermittlung erscheint daher an dieser Stelle richtig.</p>
13			<p>UBSKM bittet darum, dass die Selbsteinschätzung des*der Patient*in bezüglich etwaiger Behandlungsfortschritte, Erreichung der Therapieziele oder positiver Behandlungsprognose mit einbezogen werden muss und nicht Voraussetzung für den Verbleib in der Versorgung nach dieser Richtlinie sein kann.</p> <p>Zusätzlich rät USBKM dringend Verlaufskontrollen, Beurteilungen, Assessments in längeren Zeitabschnitten (1-2 Jahre) zu organisieren und eine Entfristung der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.</p> <p>Zudem weist USBKM darauf hin, dass eine Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie auf Wunsch des*der Patient*in jederzeit möglich sein muss.</p>	<p>Für viele Betroffene mit komplexen Traumafolgestörungen ist die fehlende positive Behandlungsprognose derzeit ein Grund, weshalb ambulante Therapien nicht weiter bewilligt werden. Für diese Gruppe ist der Verbleib in der ambulanten statt stationären Versorgung bzw. ein Ausbleiben der Verschlechterung als Behandlungserfolg zu werten. Dies wird jedoch als solcher oft nicht von Kostenträgern anerkannt.</p> <p>Prüfungen, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind, sind immer eine Belastung für Betroffene, da sie zu Unsicherheiten führen, ob die Behandlung weiter fortgesetzt werden kann. Diese Prüfungen können somit die therapeutische Beziehung beschädigen, die psychotherapeutische Arbeit behindern und zu negativen Folgen führen (siehe Stellungnahme und Begründung §1 Abs. 2). USBKM empfiehlt daher etwaige Prüfungen in</p>

				<p>längeren Zeitabschnitten durchzuführen und in Einzelfällen die Entfristung der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.</p> <p>Zudem müssen Patient*innen jederzeit ohne negative Konsequenzen den Verbund verlassen können, siehe hierzu Stellungnahme und Begründung §1 Abs. 3</p>
--	--	--	--	--

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

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

# Stellungnahme

## des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 26.01.2021

**zum Beschlussentwurf  
des Gemeinsamen Bundesausschusses über die  
Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergrei-  
fende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbeson-  
dere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komple-  
xem psychiatrischen oder psychotherapeutischem Be-  
handlungsbedarf**

**Kontakt:**

**Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)**

Postfach 12 11 47, 10605 Berlin

Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32

E-Mail: [info@spifa.de](mailto:info@spifa.de)

Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich (Vorstandsvorsitzender), Dr. med. Axel Schroeder, Dr. med. Christian Albring,  
Dr. med. Hans-Friedrich Spies †, Dr. med. Helmut Weinhart  
Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler  
Hauptgeschäftsführer: RA Lars. F. Lindemann

## Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren e.V.  
(BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.  
(BDA)



Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V.  
(BDNC)



Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V.  
(BDNukl)



Bundesverband der Pneumologen e.V. (BdP)



Bundesverband  
der Pneumologen,  
Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V.

Bundesverband Psychosomatische Medizin und  
Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)



Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V.  
(BDRh)



BERUFSVERBAND  
DEUTSCHER  
RHEUMATOLOGEN e.V.

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V.  
(BNC)



Berufsverband Niedergelassener Gastroentero-  
logen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener Gynäkologi-  
scher Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)



Berufsverband der Niedergelassenen Hämatolo-  
gen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)



Berufsverband der Niedergelassenen  
Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V.

Bundesverband Reproduktionsmedizinischer  
Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)



**BRZ**

BUNDESVERBAND  
REPRODUKTIONSMEDIZINISCHER  
ZENTREN DEUTSCHLANDS E.V.

Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Oh-  
renärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband der Augenärzte Deutschlands  
e.V. (BVA)



Berufsverband der Deutschen Dermatologen  
e.V. (BVDD)



**BVDD**

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.  
(BvDU)



Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V.  
(BVDH)



Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)



Bundesverband Niedergelassener Diabetologen  
e.V. (BVND)



Bundesverband Niedergelassener Kardiologen  
e.V. (BNK)



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie  
e.V. (BVOU)



Berufsverband der Rehabilitationsärzte  
Deutschlands e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte für  
Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und  
Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)



Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)





## Assoziierte Mitglieder

MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)



NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV)



Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband)



## INHALT

I. Vorbemerkungen.....	7
II. Im Einzelnen .....	12
Zu § 1 (Zweck und Versorgungsziele).....	12
Zu § 3 (Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer).....	18
Zu § 4 (Zusammensetzung des Netzverbundes).....	20
Zu § 5 (Bezugsärztin oder Bezugsarzt).....	24
Zu § 6 (Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten) .....	26
Zu §7 (Aufgaben und Organisation des Netzverbundes).....	27
Zu § 8 (Zugang).....	28
Zu § 9 (Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung).....	29
Zu § 10 (Gesamtbehandlungsplan).....	30
Zu § 11 (Patientenkoordination).....	31
Zu § 14 (Evaluation) .....	32
Zur Anlage (Leistungsmodule).....	33
III. Zusammenfassende Ergebnisse und Folgerungen.....	34

## I. Vorbemerkungen

---

Der vorliegende Entwurf einer „Richtlinie über die berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf“ wurde im Rahmen des sogenannten neuen Psychotherapeutengesetzes vom Gesetzgeber als Auftrag in § 92b SGB V neu eingepflegt. Der SpiFa hat im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens immer wieder auf die strukturellen Ungereimtheiten auf diesem Gebiet in seinen Stellungnahmen hingewiesen. Vor allem wurde dort auch die saubere ordnungspolitische Verwendung zentraler Begrifflichkeiten, einschließlich der Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ hingewirkt, um auch in der Versorgung klare Strukturierungen vornehmen zu können.

Der SpiFa begrüßt jede Maßnahme, die zu einer Verbesserung der Krankenversorgung führt. Dabei sollten finanzielle und personelle Aufwendungen, Bürokratie und Patienten nutzen in einem günstigen Verhältnis zur Erreichung definierter Behandlungsziele stehen.

Der vom Gesetzgeber hier eingepflegte Passus fügt sich insofern in das sogenannte neue Psychotherapeutengesetz ein, indem ein scheinbar allgemein verständliches Anliegen formuliert wird, das bei näherer Betrachtung viele neue ungelöste Fragen aufwirft.

Zur Schaffung einer Behandlungsrichtlinie, aus der sich strukturelle Notwendigkeiten in der Versorgung ergeben, sind folgende Rahmenbedingungen vorab zu klären und dazulegen:

- Bedarfserfassung der betroffenen Kranken
- Valide und reliable Einschlusskriterien und eine seriöse Darlegung der zugrunde liegenden Definition der „schweren psychisch Erkrankung“
- Ziele und zumindest grobe Kategorisierungen derselben, etwa in kurativ und palliativ
- Differenzierungen nach Fachgebieten mit ihren spezifischen Anforderungen
- Grobe Vorstellungen der finanziellen Ausgestaltung

### **Bereits existierende gute Versorgungsbedingungen mit prinzipiellen Webfehlern**

Das deutsche Gesundheitswesen verfügt über ein international erstklassiges Versorgungssystem psychisch kranker Menschen. Es gibt eine flächendeckende ambulante Versorgung mit Fachärzten, sowie mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeuten, sozialpsychiatrischen Diensten sowie einem dichten Netz an Beratungsstellen. Republikweit besteht ein Netz aus Fachkliniken mit differenzierten stationären und teilstationären Therapieangeboten, sowie psychiatrischen Institutsambulanzen, die speziell für „psychisch schwer kranke“, „nicht Wartezimmer-fähige“ Menschen flächendeckend etabliert wurden.

Der Zugang zu Fachärzten sowie zu ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten ist zeitnah, wohnortnah und niederschwellig, sogar ohne Überweisung, für die Gesamtbevölkerung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt.

Alle an der Versorgung psychisch Kranker Menschen Teilnehmenden haben die Möglichkeit der Überweisung zur Soziotherapie und in teilstationäre oder stationäre Versorgung, auch die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten.

In den flächendeckend etablierten psychiatrischen Institutsambulanzen stehen Patienten, die aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung Hilfe beim Übergang in das Regelversorgungssystem benötigen, kompetente berufsübergreifende Teams zur Verfügung, einschließlich Sozialbetreuung und einer definierten Zusammenarbeit mit den Sozialpsychiatrischen Diensten. Diese gewähren in Kooperation mit den Beratungsstellen Einzelfallhelfer oder betreute Wohngemeinschaften mit individuell abgestimmten soziotherapeutischen Angeboten.

In diesem bestehenden komplexen Netz werden auch „schwer psychisch kranke“ Menschen gut und adäquat behandelt, auch heute schon.

Es stünden ausreichend Behandlungskapazitäten für alle Patienten zur Verfügung, die jedoch jetzt bereits **systembedingt** überlastet sind.

Beispielhaft sei genannt:

Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden aufgrund einer diskriminierenden Einordnung in der Bedarfsplanung als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte in der Honorarsystematik und TSS-Systematik der Kassenärztlichen Vereinigungen am Versorgungsauftrag im Fachgebiet Psychosomatische Medizin behindert. Psychosomatisch Erkrankte irren häufig durch das Versorgungssystem, bis sie an das Gebiet verwiesen werden. Die Behandlung im Gebiet außerhalb der Psychotherapie ist in vielen Honorarverteilungsmaßstäben nicht vorgesehen.

Diametral dazu laufen psychiatrisch-neurologisch gemischte Praxen mit Scheinzahlen häufig weit über 1000 aufgrund des RLV-Anreizes an den eigenen Kapazitätsgrenzen und an den Grenzen der zuwendungsorientierten Behandlung.

Der gesetzlich garantierte unmittelbare zeitnahe Zugang der Gesamtbevölkerung auf Leistungen des Behandlungsverfahrens Psychotherapie ohne strukturierte und sachgerechte fachärztliche Einbindung in die Behandlung ist bislang nicht nutzenbewertet. Die Praxis lässt stark vermuten, dass Behandlungskapazitäten dadurch fehlbeansprucht werden.

Hier muss nochmals betont sein: Die Psychotherapie ist eine zentrale Behandlungsform bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Sie gliedert sich in verschiedene Verfahren und Methoden. Psychotherapie ist kein Fach und kein Gebiet.

Die zentrale Behandlungsverantwortung und Patientensteuerung obliegt in der gesamten Medizin ausnahmslos den Gebieten, nicht einzelnen Verfahren.

Es ist somit unklar, ob die Richtlinie dem ordnungspolitischen Durcheinander des sogenannten „neuen Psychotherapeutengesetzes“ mit der Einführung eines neuen generalistischen psychologischen Heilberufs folgt oder ob sie einen eher hilflosen Versuch bedeutet, dieses in Teilen einzufangen, was nicht gelingen kann.

### **Notwendige Vorabklärung: Patientenbedarf und „schwer psychisch kranke“ Menschen**

Die Richtlinie stellt eine an den Anbietern orientierte Strukturvorgabe dar, bei der weder der Bedarf der Betroffenen noch die genaue Erfassung der Gruppe der Betroffenen erfasst ist.

Die Versorgungsansprüche, die kranke Menschen in unserem Land haben, lassen sich gliedern in

- Diagnostik
- Kurativer Behandlungsbedarf
- Palliativer Behandlungsbedarf
- Versorgungsbedarf außerhalb des Geltungsbereichs des SGB V

Die Diagnostik findet in ärztlichen Gebieten statt, ggfs. unter Einbeziehung von anderen Disziplinen und Fallkonferenzen bzw. Konsiliaruntersuchungen.

Die ärztliche Diagnostik legt in aller Regel in Abstimmung mit dem Patienten den individuellen Behandlungsbedarf fest. Der Gebietsarzt koordiniert die Behandlung.

Prinzipiell stellt sich die Frage, an welche Population „schwer psychisch Kranker“ diese Richtlinie adressiert ist.

„Schwer psychisch krank“ ist eine Begrifflichkeit, die häufig berufspolitisch als Marketingformel Verwendung findet. Eine klare Definition gibt es nicht. Daher findet sie sich eine Abgrenzung in Schweregrade lediglich bei einer einzigen (!) Diagnose im 5. Kapitel des ICD 10, das hunderte von Diagnosen umfasst. Bei allen anderen Diagnosen gelingt dies nicht, etwa aufgrund der starken häufig situationsbedingten Schwankungen in der Symptombelastung.

Vor der Schaffung von neuen, eventuell sogar von Doppel-Strukturen bedarf es einer tragfähigen Analyse,

- aus welchen Gründen behandlungsfähige und behandlungswillige Patienten nicht versorgt sind und
- welche Behandlungs- oder Betreuungsangebote fehlen.
- Ebenso muss zuvor abgeklärt sein, wie groß die adressierte Patientenpopulation überhaupt ist, zumindest annäherungsweise.

Gibt es denn eine Erfassung oder zumindest grobe valide statistische Schätzung, wie viele der „schwer psychisch Kranken“ nicht in Behandlungen genommen werden, und wenn das so ist, die Gründe dafür? In den Begründungstexten ist nichts darüber zu finden. Es stellt sich die Frage, ob sich der Unterausschuss mit den Bedarfsgrundlagen überhaupt beschäftigt hat. Aus den Unterlagen geht dies zumindest nicht hervor.

Dabei bedarf der Aspekt der Behandlungsfähigkeit und -willigkeit bei psychischen Erkrankungen einer besonderen Würdigung. Selbst die Deutsche Rentenversicherung modifiziert in Rentenverfahren bei psychischen Erkrankungen ihre Regularien, etwa bei der Mitwirkungspflicht medizinischer Rehabilitationen.

Es gibt leider einen Teil der psychisch kranken Population, die sich den Behandlungen und den dort gestellten Indikationen aus Krankheitsgründen konsequent entziehen oder denen bei allem guten Willen der Behandler nur ganz marginal zu helfen ist, auch bei größtem Einsatz und Aufwand.

Augenfällig für jeden Laien sind offensichtlich schwer psychisch kranke Obdachlose. Viele Psychotiker sind kaum behandelbar oder kooperationsbereit. Auch neurotisch schwer Essgestörte sterben jung auf Intensivstationen in unauflösbaren Verweigerungshaltungen trotz multiprofessioneller intensiver Therapieversuche, ambulant und stationär. Leider!

Dieser Umstand ist für die Gesellschaft und Angehörige nicht immer leicht zu ertragen. Auch macht es die Helfer hilflos. Daher muss bei jedem Aktionismus – und diese Richtlinie ist ein rein politischer Auftrag - befragt werden, ob der Patient oder die schwer zu ertragende Hilflosigkeit der Gesellschaft Behandlungsgegenstand ist.

„Schwierige“ oder „schwer psychisch kranke“ Patienten stellen häufig „ihre“ Bedingungen und gestalten so einen Behandlungsbedarf, die nicht den Vorstellungen der Behandler entsprechen und auch fachlich nicht zielführend wären. Bei diesen Patienten bleibt am Ende von der bürokratisch aufwändigen Versorgungs-Struktur nur die Bürokratie übrig, deren Finanzierung dann ihrerseits anbietergerecht die Struktur versorgt.

### **Die Struktur muss dem Ziel folgen**

Eine Richtlinie legt Behandlungen fest, die auch definierte Behandlungsziele oder definierte Behandlungsgegenstände haben. Aus den Behandlungswegen und Behandlungsbedingungen entwickelt sich in Folge eine Struktur, die in Form einer Strukturvorgabe empfohlen oder festgelegt werden kann.

Die Struktur folgt den Zielen, den erforderlichen Handlungskompetenzen und der dafür notwendigen Kommunikation, sofern es eine Aufteilung von Behandlungsanteilen gibt.

Richtig ist, dass die Kommunikation dort, wo Behandlungsanteile auf unterschiedliche Leistungsträger an unterschiedlichen Orten aufgeteilt sind, häufig stark verbesserungswürdig ist.

Richtig ist auch, dass eine psychische Erkrankung nicht isoliert aus einer Perspektive, etwa nur der psychotherapeutischen oder nur der psychopharmakologischen, ausreichend in Diagnostik und Therapie erfassbar ist.

Insofern ist die Intention der Richtlinie nachvollziehbar, die zur Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen erforderlichen Handlungskompetenzen zunächst zu bündeln und hier verbindliche Regularien vorzuschlagen.

Allerdings erschöpft sich der Vorschlag in einer allgemeinen, bürokratisch aufwändigen Struktur. Inhalte fehlen im Wesentlichen.

Es wurde offenbar eine vage Struktur am Reißbrett entworfen. Die weitgehende Inhaltslosigkeit schützt vor vertiefenden Nachfragen.

Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen nicht die bereitstehenden Behandlungspfade finden oder nutzen können oder wollen, bringen meist höchst subjektive und nur schwer korrigierbare Behandlungsvorstellung mit sich, die nicht den üblichen Vorstellungen der Behandelnden entspricht. Ob das Überstülpen einer recht inhaltsleeren Struktur mit multiplen Beziehungs-Anforderungen die Möglichkeit einer Mitwirkung der Patienten erhöht, sei einmal sehr dahingestellt.

Die Behandlung von Erkrankungen, auch der psychischen, findet in ärztlichen Gebieten statt. Es gibt komplexen Behandlungsbedarf bei psychiatrischen Erkrankungen. Hier spielt die Sozialpsychiatrie eine ganz besondere Rolle.

In der Psychosomatischen Medizin ist die komplexe Behandlung bereits ein etabliertes Prinzip. Die Inhalte und Zielrichtungen unterscheiden sich in den Gebieten.

Ein völlig neu erfundener Begriff ist der „komplexe psychotherapeutische Behandlungsbedarf“. Psychotherapie ist eine Behandlungsform, die sich in Verfahren und Methoden gliedert, kein Fach, kein Gebiet. Sie wird seit Jahrzehnten etabliert und im berufsübergreifenden fachlichen Konsens nach vom GBA erlassenen Richtlinien durchgeführt. Die verschiedenen vom GBA erlassenen Richtlinien dürfen sich aber nicht widersprechen.

## II. Im Einzelnen

---

### Zu § 1 (Zweck und Versorgungsziele)

§ 1 Absatz 1 bestimmt unter Verweis auf § 92 Absatz 6b SGB V den Zweck der Richtlinie. Als Ziel wird in Absatz 2 allgemein die Verbesserung der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen als Ziel angegeben und in den nachfolgenden Nummern 1-3 welche Unterziele unter Einnahme der Betroffenenperspektive erreicht werden sollen. In Absatz 3 werden die Maßnahmen festgeschrieben, mit denen das in Absatz 3 beschriebene Ziel der Richtlinie unter Einbeziehung des Patientenwillens erreicht werden soll.

#### **SpiFa e.V.:**

Der SpiFa unterstützt die Liste außer der obligaten Netzstruktur. Die Maßnahmen beschreiben Selbstverständlichkeiten ärztlicher Behandlung.

Es fehlt im Titel der Richtlinie: psychosomatisch, sowie es von KVB, DKG und Patientenvertretern auch vorgeschlagen wird.

Auch wenn hier „Ziele“ aufgeführt sind, bleiben diese doch unklar und mehr als allgemein.

Ziel, wie die KBV es formuliert, ist dabei die primäre Ausrichtung der Versorgung an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten.

Die Zugrundelegung einer groben Bedarfsanalyse fehlt jedoch hier vollständig, ganz zu schweigen von einer differenzierten Bedarfsanalyse.

Häufig wünschen sich Patienten Versorgung (medizinisch, psychotherapeutisch, sozialmedizinisch und pharmakologisch) aus einer Hand ggfs. mit Flankierung durch eine Beratungsstelle und/oder Soziotherapie. Hiermit sind alle in §1 Absatz 2 genannten Ziele und in Absatz 3 genannten Maßnahmen erfüllbar. Eine obligate Netzstruktur ist dafür nicht notwendig.

Die Notwendigkeit einer Koordination entsteht durch die Verteilung von Behandlungsanteilen auf verschiedene Berufsgruppen. Selbstverständlich muss in einem solchen Falle eine strukturierte Kommunikation zwischen den Behandlern erfolgen, auch unabhängig vom „Schweregrad“ der Erkrankung.

Der Sektoren-Übergang ambulant-stationär, sowie stationär-ambulant spricht in erster Linie eine Gruppe von vorwiegend psychiatrischen Patienten an, die landläufig auch als „Drehtürpatienten“ bezeichnet werden.

Diese Richtlinie soll dabei nicht die Psychotherapie-Richtlinie ersetzen, sondern ein spezielles Setting für „psychisch schwer Erkrankte“ bereitstellen, dass entweder vorübergehend (ansatzweise kurativ) eingesetzt wird oder ein dauerhaftes (palliatives) Angebot für sozial chronisch instabile Patienten darstellt.



Im Detail zu den Maßnahmen des Absatzes 3:

Zu Nummern 1 und 2: Die zeitnahe Diagnostik ist auch ohne die Richtlinie gegeben. Die Terminservicestellen vermitteln zeitnahe Facharzttermine. Dort erfolgt immer eine zeitnahe Diagnostik unter Vorhalten der 4 dafür erforderlichen Handlungskompetenzen (somatisch, die psychotherapeutisch, die sozialmedizinisch und pharmakotherapeutisch). Patienten werden sich auch zukünftig, auch krankheitsbedingt, einer fachärztlichen Diagnostik entziehen können.

Zu Nummer 3: Das ist aus Sicht des SpiFa eine Selbstverständlichkeit.

Zu Nummer 4: Die koordinierende Funktion erfordert 4 Handlungskompetenzen: die medizinisch-somatische, die psychotherapeutische, die sozialmedizinischen und pharmakotherapeutische.

Zu Nummer 5: Der Zusammenschluss in einem Netzwerk schafft per se keine neuen Behandlungskapazitäten. Durch Fallkonferenzen und zusätzlichen Bürokratieanfall werden Behandlungskapazitäten gebunden. Möglicherweise soll dies durch finanzielle Anreize geschaffen werden. Diese dürfen aber allen anderen Behandlern, die auch zügig diagnostizieren und behandeln, nicht vorenthalten werden, auch wenn sie nicht im Rahmen der Netzwerkstrukturen handeln. Ansonsten würde das dem Prinzip des Kollektivvertrags widersprechen.

Zu Nummer 6: Auch bei schwer psychisch erkrankten Menschen kann die Versorgung über lange Strecken aus einer Hand erfolgen, sowie die 4 dafür erforderlichen Handlungskompetenzen (somatisch, psychotherapeutisch, sozialmedizinischen und pharmakotherapeutisch) vorliegen. Das ist immer noch die wirtschaftlichste Behandlungsweise, reduziert Bürokratie und weist keine Reibungsverluste im Informationsfluss auf. Dies gilt auch unter Einbeziehung von Soziotherapie, Ergotherapie, Pflege und Klinikbehandlung.

Zu Nummer 7: Eine Optimierung des Übergangs von stationär zu ambulant und umgekehrt ist wünschenswert. Dafür bedarf es nicht einer komplexen Richtlinie.

Zu Nummer 8: Die Einbeziehung des Umfelds ist auch heute schon gelebte Selbstverständlichkeit, sowie dies erforderlich ist und patientenseitig mitgetragen ist.

Zu 9: Für jede fachärztliche Versorgungspraxis ist die Zusammenarbeit mit Institutionen aus anderen Sozialleistungsbereichen gelebte Realität, häufig vollkommen bürokratiefrei. Es ist nicht klar, wo hier die Neuerungen liegen sollen, außer durch Belegung mit Bürokratie und Tätigkeitsfeldern für neue Berufsbilder.

## **Zu §2 (Definition der Patientengruppe)**

§ 2 sucht die Patientengruppen zu definieren, die einen Anspruch auf Versorgung gemäß der vorliegenden Richtlinie haben sollen. Absatz 1 zielt dabei auch auf die Mitwirkungsfähigkeit und sucht den Begriff der schweren psychischen Erkrankung zu fassen. Mit Absatz 2 werden die entsprechenden Diagnosen geregelt, die die Versorgung gemäß der Richtlinie erfassen sollen Absatz 3 führt die Funktionsfähigkeit als Einschlusskriterium ein.

### **SpiFa e. V.:**

Der SpiFa sieht in der vom Gesetzgeber viel zu allgemein gehaltenen Formulierung Material für mehr Problemstellungen als Lösungsansätze.

(1) Der Begriff der schweren psychischen Erkrankung ist so komplex wie die Psyche selbst, hohen Fluktuationen und weder ausreichend sauber in der Selbst- oder Fremdbeurteilung zu erfassen. Die subjektiven Konzepte der Patienten spielen eine viel größere Rolle als bei rein somatischen Erkrankungen, einschließlich der Mitwirkungsfähigkeit und –willigkeit.

(2) Die Definition der Patientengruppe mittels Diagnosen ist im Bereich der F-Diagnosen aus dem ICD 10 nicht praktikabel und schafft Fehlanreize zur Stellung derselben.

Die verkürzende Gleichsetzung von Schwere der Erkrankung mit Funktionsfähigkeit (3) stellt eine Hilfsannahme dar. Die dafür zur Verfügung stehenden Instrumente mit Praktikabilität in der Anwendung sind von großer Unschärfe geprägt und bergen die Gefahr der Entfaltung schwammartiger Sogwirkung.

Lebenslängliche versicherungsrechtliche Folgen für Menschen, die nach dieser Richtlinie behandelt werden oder wurden, bedürfen einer vertieften Betrachtung und Diskussion.

Zu Absatz 1: Auf die Problematik der Schwere psychischer Erkrankungen wurde in den Vorbemerkungen bereits ausführlich eingegangen.

Es geht in der Tat um eine umschriebene Gruppe von Patienten, die

- krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, das derzeitige Angebot zu nutzen
- neben den bestehenden Angeboten Unterstützung in der Lebensführung benötigen
- neben den bestehenden Angeboten spezifische individuelle ergänzende Angebote benötigen

„Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung, auch nach dieser Richtlinie ist, eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“

Wichtig hinzuzufügen wäre die Mitwirkungswilligkeit.

Bereits jetzt werden behandlungs- und mitwirkungsfähige bzw. -willige Patienten sehr gut medizinisch versorgt: das heißt je nach individuellen Erfordernissen psychotherapeutisch, pharmakologisch, sozialmedizinisch und somatotherapeutisch, einschließlich ergänzend soziotherapeutisch.

Mehr als bei anderen Erkrankungen sind Mitwirkungsfähigkeit und -willigkeit eine Grundvoraussetzung für einen erzielbaren Behandlungs(-teil-)erfolg. Das ist keinesfalls mit Widerpenstigkeit zu verwechseln. Das Verharren in Zuständen, die für Außenstehende unverständlich erscheinen und Hilfsimpulse auslösen, kann individuell von inneren Gründen getragen sein. Eine übergestülpte Behandlung nach Vorstellungen der Außenstehenden über gesellschaftlich geprägte Begriffe wie „Funktionsfähigkeit“ kann auch das Gegenteil bewirken. Daher bestehen auch berechtigte Wünsche nach Inanspruchnahme der Versorgungssysteme ohne medizinisch therapeutische Auflagen. Sicherlich bedarf dies einer vorausgegangenem sauber durchgeführten medizinischen Diagnostik.

Die Richtlinie ist als Angebot an Patienten aufzufassen, die aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigungen auf ganz besondere Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Es stellt sich jedoch schon die prinzipielle Frage, ob diese Unterstützung nicht einen deutlichen Akzent auf der Unterstützung von Leistungserbringern außerhalb des SGB V liegen sollte, ganz im Sinne eines sozialpsychiatrischen Konzeptes. Die dort tätigen Personen sind die geeignetsten Personen, stabile soziale Lebensumstände und grundlegende Alltagsbewältigung zu garantieren, was dann als eine geeignete Behandlungsvoraussetzung in der Regelversorgung nutzbar wäre.

Anstatt dessen holt diese Richtlinie den bürokratischen und finanziellen Aufwand in den Geltungsbereich des SGB V. Das bedarf eines Finanzierungsplans. Außerdem sind die Behandlungsziele mehr als vage gefasst. Ob sich etwa bei psychotischen Menschen ein Netz aus vielen neuen Gesichtern und deren Behandlungsanliegen stabilisierend auswirkt oder vielleicht sogar gegenteilig, ist sicherlich fortlaufend fachärztlich zu überprüfen.

#### Zu Absatz 2 Diagnosen

Es ist zutreffend, dass Diagnosen aus dem 5. Kapitel des ICD 10 nichts über die Schwere der Erkrankung aussagen. Die rezidivierende Depression bildet hier eine Ausnahme. Auffällig häufig werden Patienten aus Klinik-Behandlungen mit der F33.2 (schwere rezidivierende Depression) entlassen. Das ist möglicherweise korrekt, könnte aber einem finanziellen Anreizsystem folgen. Eine Einführung von Diagnosen als Einschlusskriterium bringt sicher einen Anreiz-induzierten Effekt mit sich. Der Übergang etwa der häufig vorzufindenden Persönlichkeitsakzentuierungen, die nicht mit einer Diagnose belegt werden, zu den diagnosebelegten Persönlichkeitsstörungen ist fließend mit breitem Ermessensspielraum. Im Übrigen folgt dies dem Prinzip der obsoleten sog. Strukturverträgen.

Anvisiert ist die Population der schwer psychisch Erkrankten, deren Einbettung in ein soziales und berufliches Umfeld fehlt und daher auf besondere Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Selbstverständlich gibt es hier Diagnosehäufungen, vor allem auch bei den „Drehtürpatientinnen“, die möglichst im ambulanten Setting gehalten werden sollen. Insofern ist hier eine

diagnosegeleitete Strukturierung, wie der Gesetzgeber es vorschlägt, durchaus erwägenswert.

Der Begriff „psychisch schwer erkrankt“ hat viele ausdeutbare Facetten, auf die in dieser Richtlinie nicht eingegangen wird. Das kann eine Stellungnahme in Vollständigkeit dann auch nicht leisten.

Zu Absatz 3: Aber auch eine Funktionsskala wie die GAF-Skala erfasst nur einen Teilaspekt, mehr nicht.

Es erfolgt offensichtlich aufgrund fehlender valider Kriterien für den der gesamten Richtlinie zugrunde liegenden Begriff der „schweren“ psychischen Erkrankung hilfsweise eine Gleichsetzung mit der Inanspruchnahmeberechtigung für Soziotherapie.

Eine neurotisch mittelgradige Depression kann aus voller sozialer und beruflicher Funktionsfähigkeit ein plötzliches letales Ende nehmen, trotz Psychotherapie und trotz, manchmal sogar wegen einer Medikation. Unzählige weitere Beispiele könnten hier angefügt werden.

#### Die Fremdbeurteilung der Funktionsfähigkeit

Die GAF Skala bietet vage Fremdbeurteilungskriterien. Sie ist extrem oberflächlich und äußerst subjektiv in der Beurteilung. Dass im Beschlussentwurf sehr verschiedene Levels ausgewiesen sind, beweist bereits die hohe Variabilität in der subjektiven Verwendung des Begriffs der „schweren psychischen Erkrankung“. Sind ökonomische oder andere Interessen mit dem Einschluss in die Richtlinie verbunden, wird die Einschätzung diesen Interessen folgen. Das dient aber den Behandlerinteressen, nicht unbedingt den Patienteninteressen.

#### Fachlich zweifelhafte Aufteilung von schwer und nicht-schwer psychisch Kranke

Häufig sind vor allem neurotisch Erkrankte lange sozial und beruflich gut kompensiert. Die gleiche Krankheitsentität kann im Krankheits-, aber auch im Behandlungsverlauf zu unterschiedlichen Messzeitpunkten höchst unterschiedliche Einschätzungen nach der GAF Skala oder einer anderen gewählten praktikablen Fremdeinschätzungsskala führen. Daher sagt ein Messpunkt gar nichts über die Schwere der Krankheit aus.

#### Versicherungsrechtliche und Datenschutz Bedenken

Die vielleicht sogar gut gemeinte Inkludierung eines Patienten in die Richtlinie führt versicherungsrechtlich auf jeden Fall zu einer lebenslänglichen Stigmatisierung und Diskriminierung, auch wenn sie fehlerhaft vorgenommen wurde. Jeder Datenangriff, der den Patienten als „psychisch schwer krank“ identifiziert, kann für den Patienten das lebenslange berufliche und soziale Aus bedeuten.

Der GAF-Wert unter 40 als Indikator für die Verordnung von Soziotherapie deutet lediglich auf Unterstützungsbedarf im sozialen Bereich hin. Das ist nicht gleichzusetzen mit „schwer

psychisch krank“. Hier zeigt sich erneut die Schwierigkeit, dass aufgrund fehlender valider, für diese Richtlinie jedoch zentraler Begriffsdefinitionen auf relativ frei akklamierte Behelfskonstruktionen zurückgegriffen werden muss.

Ursprünglich wurden psychiatrische Institutsambulanzen für genau die hier avisierte Zielpopulation eingerichtet. Im Lauf der Zeit hat sich die Indikation für eine Behandlung dort ohne Eingrenzungsmöglichkeit ausgeweitet und bildet eine der intransparentesten und gewinnbringendsten berufsübergreifenden Strukturen im gesamten Gesundheitswesen. Eine ähnliche Entwicklung könnten Großstrukturen nehmen, wie sie zum Teil hier vorgeschlagen sind, allerdings mit noch höheren Kosten, die an anderer Stelle der Regelversorgung fehlen.

### **Zu § 3 (Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer)**

Absatz 1 regelt die zur Teilnahme an der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach der vorliegenden Richtlinie berechtigten Leistungserbringer und zählt dabei für die vertragsärztlichen Leistungsbringer der Muster-Weiterbildungsordnung folgende fachärztliche Gebietsbezeichnungen sowie den mittlerweile in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern nicht mehr enthaltenen Facharzt/Fachärztin für Nervenheilkunde auf.

#### **SpiFa e. V.:**

Der SpiFa schlägt kompetenzbasierte Handlungskompetenz-Kriterien vor und Absatz 1 folgendermaßen zu fassen:

*„Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte mit psychotherapeutischer Handlungskompetenz, übergangsweise Ärzte nach früheren Weiterbildungsordnungen, die das Gebiet Psychiatrie auch ohne Psychotherapie abdecken, sowie Psychologische Psychotherapeuten“.*

Leistungserbringer der ärztlichen Seite zeichnen sich so durch die 4 notwendigen und zielführenden Behandlungskompetenzen auszeichnen: somatische, psychotherapeutische, pharmakologische und sozialmedizinische Handlungskompetenz.

Ärztliche Psychotherapeuten verfügen immer über die oben genannten 4 Handlungskompetenzen, nicht-ärztliche Psychotherapeuten lediglich über die psychotherapeutische.

Die Klassifizierung der Ärztlichen Psychotherapeuten bei den Psychologischen Psychotherapeuten ist daher falsch.

Eine Einengung auf Fachgebiete ist nicht sinnvoll.

Beispiel: Frau nach mehreren Schwangerschafts-Abbrüchen in Behandlung bei Gynäkologin mit alle vier erforderlichen Handlungskompetenzen, einschließlich psychotherapeutischer. Es wäre geradezu widersinnig, diese Patientin abgeben zu müssen, damit ein Behandler Medikation und ein anderer Behandler die Psychotherapie übernimmt. Die Gynäkologin kann die Patientin in Kooperation mit einer Beratungsstelle vollumfänglich versorgen. Das gilt für alle ärztlichen Gebiete, selbstverständlich Allgemeinmedizin eingeschlossen.

Die ärztliche Bereichsbezeichnung Psychotherapie ist im Übrigen nach den Psychotherapie-Richtlinien und der Psychotherapievereinbarung eine Querschnittsqualifikation über die ärztlichen Gebiete hinweg. Sie umfasst die Behandlung seelischer Störungen nach den Psychotherapierichtlinien.

Es verwundert, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung hier Selektionen vornehmen und handlungskompetente Ärzte ausschließen möchte.

In Absatz 2 und 3 werden Kliniken zur Teilnahme an der Richtlinie benannt.

Der SpiFa begrüßt ausdrücklich eine gute sektorenübergreifende Kooperation. Insofern sind Kliniken als Kooperationspartner eine Selbstverständlichkeit. Ziel der Richtlinie sollte die konsequente Fortentwicklung der Ambulantisierung in der Medizin sein. Jede Steuerung des ambulanten Behandlungsgeschehens, auch bei dieser Richtlinie, lehnt der SpiFa entschieden ab.

Institutsambulanzen bedürfen eines transparenten Leistungs- und Vergütungsgeschehens. Undurchsichtige Klinikambulanzen mit unklarem Versorgungsauftrag sind nicht zielführend, auch durch die politische Angreifbarkeit als mögliche fachärztliche Doppelstruktur.

Der SpiFa hat in einem Konzept einen intersektoralen Bereich vorgeschlagen, der von beiden Seiten gleichberechtigt begehbar ist. Die Verwerfungen in dieser Richtlinie zeigen erneut, wie zielführend dieses Konzept ist.

Daher wird die Einbindung von Institutsambulanzen mit intransparentem, aber für die Konzerne höchst gewinnbringendem Behandlungsgeschehen abgelehnt. Eine Offenlegung der dortigen Behandlungsstrukturen ist unabdingbar. Darüber hinaus sind Vorkehrungen zu treffen, dass auch bei der beabsichtigten Schaffung neuartiger Strukturen an den Kliniken, das Gesamtbehandlungsgeschehen ein ambulantes bleibt und nicht unter die Kontrolle der Konzerne gerät.



#### **Zu § 4 (Zusammensetzung des Netzverbundes)**

§ 4 Absatz 1 sieht als Voraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung gemäß der vorliegenden Richtlinie die Bildung eines Netzverbundes vor, als ein vertraglicher Zusammenschluss von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben. Nach Absatz 2 soll die Versorgung der Patienten in einem Netzwerk, therapiezielorientiert auf Grundlage eines Gesamtbehandlungsplans und unter Leitung einer Bezugsärztin bzw. eines Bezugsarztes erfolgen. Die Absätze 3 bis 6 enthalten divergierende Positionen zur Bildung und zur Struktur der Netzverbände im Einzelnen. Die Absätze 7 bis 9 enthalten divergierende Vorschläge formellen und materiellen Voraussetzung für die Teilnahme eines Netzverbundes. Absatz 10 macht Vorgaben unter welchen Voraussetzungen Vorbehandelnde zukünftig bei der Fortsetzung der Versorgung eingebunden werden.

#### **SpiFa e. V.:**

Der SpiFa sieht die obligate Bildung einer komplexen Netzwerkstruktur mit großer Skepsis. Der Kosten- und Bürokratieaufwand ist nicht hinterlegt. Auch die Definition der komplexen Behandlung in § 2 Absatz 4 begründet die Notwendigkeit einer obligaten Netzwerkstruktur nicht. Bei gebündelten Handlungskompetenzen sind Bezugsbehandler, -Team einschließlich Gesamtbehandlungsplan nach Absatz 2 in einer Person oder an einem Ort bereits gelebte Behandlungsrealität. Kooperationsverträge mit anderen Leistungserbringern sind sinnvoll und können verpflichtender geregelt werden. Alle erforderlichen Behandlungsanteile können so auch ohne die beschriebenen komplexen Netzwerkstrukturen vorgehalten werden. Eine Steuerung der ambulanten Versorgung durch Klinikstrukturen lehnt der SpiFa ab. Die Leistungserbringer wie die KVen sollten nicht mit noch mehr Bürokratie belastet werden. Die Unterwerfungspflicht von Vorbehandelnder unter Gesamtbehandlungspläne bei Einschluss der Patienten in die Richtlinie wirft berufsrechtliche Probleme auf. Auch die freie Arztwahl des Patienten ist berührt.

Zu Absatz 1: Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt nach Definition dieser Richtlinie (§ 2 Absatz 4) 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 ist. Das ist aber auch durch die Erbringung von Psychotherapie und Pharmakotherapie aus einer Hand bereits erfüllt.

Bei der Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen kommt es entscheidend auf die vollständig vorhandenen 4 Handlungskompetenzen an, ergänzt durch eine Kooperation mit einer Beratungsstelle, die das soziotherapeutische Leistungs-Spektrum abdeckt, und eine Vernetzung mit mindestens einer geeigneten Klinik.

Das kann durchaus in einer größeren ärztlichen Einzelpraxis mit Angestellten, in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum vorgehalten werden,



womit die wesentlichen Anforderungen erfüllt sind. Voraussetzung dabei ist, dass alle Ziele, die in §1 Abs. 3 genannt sind, erreicht werden können. Hier entstehen an wenigsten Reibungsverluste bei der Informationsübermittlung und verursacht den geringsten Bürokratie- und Kostenaufwand.

Erst wenn die Handlungskompetenzen auf verschiedene Leistungserbringer an verschiedenen Orten aufgeteilt wird, ist Schaffung einer Netzstruktur überhaupt erst notwendig und zielführend.

Auch für diese Richtlinie muss das Wirtschaftlichkeitsgebot des §12 SGB V gelten.

Zu Absätzen 3 bis 6: Die Strukturierung kann nicht ausschließlich quantitativ in Anzahl der Leistungsträger der verschiedenen Berufsgruppen festgelegt werden.

Es zeigt sich in den höchst unterschiedlichen Ausgestaltungswünschen der Mindest- und Optionsanforderungen des Behandlungssettings der Schwammcharakter der Konstruktion, der schon alleine dadurch bedingt ist, dass es keine validen Diagnosen, keine sonstigen validen Einschlusskriterien, keine substantiellen Ziele, keine Fachgebieten-Zuweisungen und ein diffuses Zuständigkeitsgerangel zwischen Kostenstrukturen und Leistungsträgern gibt, wobei letzteres im Grunde genommen durch einen Umstand bedingt ist: alle psychisch Kranken haben seit Jahren einen Primärzugang zu nicht-ärztlichen Psychotherapeuten, ohne auch bei langen Verläufen jemals eine grundständig medizinisch-fachärztliche Diagnostik durchlaufen zu haben. Die Politik hat jetzt mit dem sog. neuen Psychotherapeutengesetz einen neuen psychologischen Heilberuf mit noch viel weitreichenderen Zuständigkeiten geschaffen. Das wird weiteren ordnungspolitischen Regulationsbedarf nach sich ziehen.

Die Ausführungen der Patientenvertreter weisen zielgenau auf die Verwerfungen in der Bedarfsplanungsrichtlinie. In § 12 werden Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als einzige Gebietsärzte - historisch nachvollziehbar, mittlerweile jedoch völlig unabhängig vom Leistungsgeschehen als immer ausschließlich psychotherapeutisch Tätige diskriminiert. Dadurch und aufgrund der der Diskriminierung folgenden Honorarverteilungsmaßstäbe der Kassenärztlichen Vereinigungen wird das gesamte Fachgebiet an dem ihm vom Deutschen Ärztetag übertragenen Versorgungsauftrag systematisch gehindert. Patientinnen mit komplexen psychosomatischen Erkrankungen häufig so an der für sie zielführenden Behandlung vorbeigeleitet.

Es zeigt sich hier ein dringender Änderungsbedarf der Bedarfsplanungsrichtlinie in §§ 12 und 18 zur rationalen Verbesserung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen.

Nachvollziehbarerweise und auch offensichtlich wird hier von verschiedenster Seite versucht, anbieterorientierte Partikularinteressen durchzusetzen. Der zugrundeliegende wirkliche Bedarf der betroffenen Kranken ist weder erfasst noch spielt er die zentrale Rolle. Das gilt auch

fachgebietsbezogen. Ergänzende körperorientierte Maßnahmen, wie sie in der Psychosomatischen Medizin zielführend sind, fehlen beispielsweise ganz.

Die Formulierungen „zielgenau und diagnosespezifisch“ werden in dieser diffusen Allgemeinheit zu wohlklingenden Worthülsen.

Zu Absätzen 7 bis 9: Wie zielführend hier der angedachte zusätzliche bürokratische Aufwand der Leistungserbringer und Kassenärztlichen Vereinigungen ist, hängt zumindest auch von der finanziellen Ausgestaltung ab.

Zu Absatz 10: Doppelbehandlungen ergeben berufsrechtliche Probleme, einschließlich der Unterwerfungspflicht. Es gibt auch keine parallelen stationären und ambulanten Behandlungen. Allerdings ist zu erwarten, dass eine zwangsweise „Abgabe“ des Patienten in die Richtlinie zu Auseinandersetzungen führt, die immer die betroffenen Erkrankten in möglicherweise unauflösbare Loyalitätskonflikte. Hier entsteht eine Sollbruchstelle für die Verschlimmerung von Erkrankungen mit einem Gefälle in Richtung Einschluss. Das birgt je nach Setting auch Chronifizierungsgefahren. Das könnte wieder im Sinne der anbieterorientierten Struktur sein, würde aber gleichzeitig den Sinn der Richtlinie selbst in Frage stellen.

Probleme, die die verbindliche Netzstruktur für die Behandlung nach dieser Richtlinie mit sich bringt:

- Einschränkung der freien Arztwahl
- Einschränkung der Therapiefreiheit der beteiligten Ärztinnen/Ärzte
- Behandlungen mit unklaren Abgrenzungen ärztlicher Gebiete
- Unklare Zuständigkeiten, einschließlich berufsrechtlicher Implikationen (Ärztinnen/Ärzte können nicht von Nicht-Ärzten in therapeutischen Fragen angewiesen werden) sowie ungeklärter Therapiehoheit
- Vorbehandelnde müssen sich in einen Gesamtbehandlungsplan einbinden
- Es entstehen Konflikte mit dem Berufsbild des Arztes als freien Beruf
- Es entstehen Konflikte mit Parallelbehandlungen nach zwei unterschiedlichen Richtlinien

Man führe sich die Schwierigkeiten von Augen, die bei einer Richtlinie schwerer körperlicher Erkrankungen nach gleichem Muster entstehen würden mit unklaren Zuständigkeiten, unklaren Zielen, sogar unklar ob palliativer oder kurativer Ansatz, oder eine Mischung davon, Abzug aus der Regelversorgung, fehlender grundlegender Definitionen des Einschlusses über eine nicht validierte Auswahl von Diagnosen oder gar über alle Diagnosen u.s.w., aber eine komplexe verbindliche Strukturvorgabe.

Medizinische Indikationen werden häufig interdisziplinär gestellt, die allerdings in klare Zuständigkeiten nach ärztlichen Gebieten geordnet sind. Dies fehlt im vorliegenden Entwurf komplett. Der KBV sind hier die Hände gebunden, weil sie für alle Mitglieder sprechen muss. Eine

Ordnung entsteht dabei aber nicht, nur eine diffuse Aufteilung, die interessensgeleitet und anbieterorientiert ist.

## **Zu § 5 (Bezugsärztin oder Bezugsarzt)**

In § 5 werden Bezugbehandelnde als zentrale Ansprechpartner und Koordinatoren für die Patienten festgeschrieben. Der Entwurf enthält hierzu unterschiedliche Vorschläge.

### **SpiFa e.V.:**

Der SpiFa stellt klar, dass es sich beim Bezugsbehandler nur um einen Arzt handeln kann. Inhaltlich ist das durch die Handlungskompetenzen begründet. Berufsrechtlich darf ein Arzt von einem Nicht-Arzt in therapeutischen Fragen keine Weisungen annehmen. Schon alleine daraus folgt zwingend, dass nur ein Arzt Bezugsbehandler sein kann, der den Gesamtbehandlungsplan aufstellt und das Team zusammenstellt. Ärztliche Verantwortung ist letztlich nicht teilbar.

Um dieser Aufgabe vollständig gerecht zu werden, soll der Bezugsarzt alle 4 mehrfach beschriebenen Handlungs- und damit Entscheidungskompetenzen besitzen. Berufsrechtlich sind Nicht-Ärzte bei Abstimmungsprozessen Ärzten gegenüber nicht weisungsbefugt, etwa bei der Auswahl eines geeigneten Psychotherapieverfahrens oder -settings. Nur der Arzt kann letztendliche Behandlungsverantwortung tragen. Ärztliche Verantwortung ist niemals teilbar; deren Teilung ist weder menschlich noch rechtlich und niemals medizinisch zu begründen.

Auch zur Eingangsuntersuchung bedarf es einer umfassenden fachärztlichen Diagnostik mit den 4 erforderlichen Kompetenzen.

Ein Psychologischer Psychotherapeut besitzt von den 4 Handlungs- und Entscheidungskompetenzen lediglich die psychotherapeutische.

Auch spricht die Psychotherapierichtlinie in § 27 eindeutig gegen einen psychologischen Bezugbehandelnde. § 27 Absatz 3 der Psychotherapierichtlinie des G-BA für dazu wie folgt aus:

*Psychotherapie ist als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn:*

- 1. zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür bei der Patientin oder dem Patienten die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind, oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur (gegebenenfalls die Lebensumstände der Patientin oder des Patienten) dem Behandlungserfolg entgegensteht,*

[...]

Der Anteil der Population, auf die dieser Passus zutrifft, ist in der avisierten Patientengruppe erheblich höher sein als in der Gesamtpopulation der Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das schließt auch den Regelungsvorschlag aus, dass derjenige Bezugbehandelnde wird, auf den der Patient als erstes trifft.

Ein Bezugsbehandelnder im Krankenhaus ist ggfs. an eine Ärztin bzw. einen Arzt, der nicht Teil der Struktur ist, weisungsgebunden. Das macht den Vorschlag der DKG alleine schon impraktikabel. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte können sinnvoll hier als freie Berufsträger nicht mehr beteiligt sein. Auch würde so eine ambulante Struktur aus der Klinik heraus gelenkt werden. Aufgrund der ökonomischen Interessen der Kliniken steht dies der beabsichtigten Ambulantisierung diametral entgegen.

Psychotherapie wird in einzelnen begründenden Ausführungen scheinbar als Gebiet oder Fach behandelt. Der Begriff „komplexer psychotherapeutischer Behandlungsbedarf“ ist der verwirrenden und widersprüchlichen Verwendung des Begriffs „Psychotherapeut/in“ im Rahmen des PsychThGAusRefG gesschuldet. Darauf hat der der SpiFa während des Gesetzgebungsverfahrens immer wieder hingewiesen.

## **Zu § 6 (Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten)**

In § 6 Absatz 1 wird vorgeschlagen einer nicht-ärztlichen Person mit organisierend-koordinierenden Aufgaben der Patientenversorgung zu betrauen. Dabei wird sie unterschiedlich allokiert, entweder beim Bezugsbehandelnden oder „im Netz“. Es werden unterschiedliche Vorstellung der erforderlichen Qualifikation deutlich.

### **SpiFa e.V.:**

Der SpiFa spricht sich für eng und an die Weisungen des Bezugsarztes gebundene koordinierende Person aus. Bezüglich der Qualifikation sollte ein Erfahrungshintergrund im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen vorliegen. Zu große Einschränkungen würden angesichts des Arbeitsmarktes und der erforderlichen Finanzierung nur weitere Probleme schaffen.

Die Unterstützung in der Koordination erfordert, dass die damit beauftragte Person sowohl den Patienten kennt und für ihn individuell ansprechbar ist als auch engen und weisungsgebundenen Kontakt mit dem fachlich Koordinierenden pflegt. Nur so kann ein auf die individuellen Patientenbedürfnisse ausgerichtete Koordination gelingen, auf spezielle Nöte eingegangen werden. Das ist bei Menschen mit schweren Beeinträchtigungen unabdingbar.

Ein Koordinationsmanagement für den Patienten durch den Netzverbund birgt die Gefahr eines unpersönlichen Organisationselements und ist bei der Zielgruppe als für den Gesamtbehandlungserfolg potentiell gefährdend abzulehnen.

Vom Bezugsarzt unabhängig im Netz agierende Personen sind als kostenintensiv und impraktikabel abzulehnen. Es würde ein neuer für alle Beteiligten zusätzlicher Kommunikationspfad eröffnet werden, der Zeit in Anspruch nimmt und zu Reibungsverlusten in der Informationsvermittlung führen würde. Gerade belastete Patienten brauchen einen festen Ort, möglichst beim Bezugsarzt in vertrauter Umgebung. Ein Abgleiten der Koordination in ein nicht verortetes Servicecenter wäre problematisch, vor allem für schwer beziehungsbeeinträchtigte Menschen.

Zu enge Qualifikationsanforderungen sind unpraktikabel und dem derzeitigen Arbeitsmarkt und seinen absehbaren Entwicklungen nicht angemessen. Ein entsprechender Erfahrungshintergrund, der dies belegt, wäre ein zielführendes und ausreichendes Kriterium. Wichtiger als Hürden im Werdegang mit Abzug von an anderen medizinischen Versorgungsbereichen sind gute Kommunikationsfähigkeit und Kontaktpflege mit psychisch kranken Menschen.

## **Zu §7 (Aufgaben und Organisation des Netzverbundes)**

In § 7 soll festgeschrieben werden, dass die an einem Netzwerk teilnehmenden Leistungserbringer durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen haben und wie dies im Einzelnen erfolgen soll. Hier werden Detailfragen über die Struktur an sich unterschiedlich diskutiert bis hin zur Etablierung eines Netzwerkbeauftragten mit unterschiedlicher Vorstellung der Aufgabenausstattung.

### **SpiFa e. V.:**

Der SpiFa sieht in dieser Diskussion die Gefahr einer Verselbständigungstendenz der vorgelegten komplizierten Struktur mit immer neu dazukommenden Anforderungen an Aufgaben und Personal. Ärztliche Selbstverständlichkeiten wie eine zugige Diagnosestellung erfordern plötzlich Regelungsbedarf. Erneut weist der SpiFa auf die Verschlankungsmöglichkeiten einer Handlungskompetenzbasierten Ausrichtung der Richtlinie hin.

Zu Absätzen 1 bis 3: Vieles ist überflüssig, wenn die 4 erforderlichen Behandlungskompetenzen (somatisch, pharmakologisch, psychotherapeutisch und sozialmedizinisch) an einem Ort angesiedelt sind.

Bei einem Leistungsträger mit den 4 erforderlichen Behandlungskompetenzen beginnt die umfassende Behandlung immer sofort beim Erstkontakt und ist damit schon eingeleitet.

Je mehr Leistungsträger beteiligt sind, desto mehr Zeit für Behandlung an Patienten geht verloren. Das lehrt die Erfahrung aus den Kliniken. Dort ist vor allem die Arztzeit häufig auf ein absolutes Minimum beschränkt, da Ärzte mit ihren Handlungskompetenzen praktisch immer in die Besprechungen inkludiert sind. Es ist darüber hinaus vorab zu klären, wie diese Besprechungs-Zeiten vergütet sind.

Je komplexer die Struktur ist, desto größer ist das Risiko von Datenunfällen.

Zu Absatz 4: Die Forderung nach einem Netzwerkbeauftragten mit Marketing-Funktion belegt die anbieterorientierte Intention, hier möglichst große Marktanteile in die Richtlinie zu ziehen. Neben vielzähligen inhaltlichen Problemen ist hier ganz besonders die finanzielle Ausstattung und die Folgen der Richtlinie auf die Regelversorgung vorab abzuklären. Ggf. ist der Gesetzgeber als Initiator hier in der Pflicht, zusätzliche Mittel bereitzustellen, auch aus Steuergeldern, da auch Institutionen und Akteure aus Regelungen anderer Sozialgesetzbücher an den Regelungsbereich des SGB V angeschlossen werden.

### **Zu § 8 (Zugang)**

§ 8 regelt die Überweisung in die Patientenversorgung nach dieser Richtlinie. Es bestehen auch hier unterschiedliche Ansichten. Gleichzeitig sollen den Einzuschließenden Informationsmaterial ausgehändigt werden.

### **SpiFa e.V.:**

Die Zuweisung erfolgt zielführend durch Ärztinnen und Ärzte mit den 4 Handlungskompetenzen, Ärzte mit der Zusatzqualifikation Psychosomatische Grundversorgung sowie Psychologische Psychotherapeuten oder durch Fachkliniken.

Es bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten einschließlich der Aufklärung über mögliche versicherungsrechtliche Folgen der Behandlung durch diese Richtlinie.

Eine Ausweitung der Berechtigten führt zur Systemüberlastung und sicher zu neuem anbieterorientierten „Bedarf“.



## **Zu § 9 (Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung)**

§ 9 enthält detaillierte Vorgaben zur Diagnostik und zur Behandlung im Rahmen der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie. An dieser Stelle wird erneut auf allgemeine Behandlungsprinzipien rekurriert. Es liegenunterschiedliche Auffassungen über Parallelversorgungen vor.

### **SpiFa e.V.:**

Es wird auf die Anmerkungen zu § 7 verwiesen. Bei einem Leistungsträger mit den 4 erforderlichen Behandlungskompetenzen (somatisch, pharmakologisch, psychotherapeutisch und sozialmedizinisch) beginnt die umfassende Behandlung immer sofort beim Erstkontakt und ist damit schon eingeleitet. Bei Kontinuität vorbestehender ärztlicher Behandlung führt dies zu berufsrechtlichen Implikationen.

Termine, die nicht durch den Patienten selbst vereinbart sind, werden erfahrungsgemäß häufiger nicht wahrgenommen als selbst vereinbarte Termine. Damit nicht Behandlungskapazitäten unnötig blockiert werden, sollte der Patient unbedingt dazu angehalten werden, eine Terminvereinbarung durch Dritte zu bestätigen.

Regelmäßige aufsuchende Versorgung durch soziotherapeutisches und krankenschwägerisches Personal kann sinnvoll sein.

## **Zu § 10 (Gesamtbehandlungsplan)**

§ 10 regelt Vorgaben zur Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes. Es liegen wiederum unterschiedlichen Vorstellungen bis hin zu einem „Assessment“ vor.

### **SpiFa e.V.:**

Bei einem Leistungsträger mit den 4 erforderlichen Behandlungskompetenzen beginnt die umfassende Differentialdiagnostik immer sofort beim Erstkontakt und ist damit schon eingeleitet. Bei den hochbelasteten Patienten muss das Verfahren schlank und übersichtlich gehalten werden.

Die Beteiligung des Patienten am Gesamtbehandlungsplan ist eine Selbstverständlichkeit, ebenso wie die Abstimmung desselben mit allen Beteiligten, die haftungsrechtlich eigenständig arbeiten. Die Letztverantwortung liegt immer beim Bezugsarzt. Sie ist nicht teilbar. Das ist schon berufsrechtlich nicht möglich.

Assessments etablieren sich bei sozialversicherungsrechtlichen Begutachtungen psychisch erkrankter Menschen. Häufig handelt es sich um über mehrere Tage hinziehende Fragebogen-gestützte Diagnostik, bevor der gutachterlich tätige Arzt gesehen wird. Vor derartigen Entwicklungen in der Regelversorgung kann nur gewarnt werden. Außerdem wird auf die Zumutbarkeitsgrenze für Patienten hingewiesen.

### **Zu § 11 (Patientenkoordination)**

§ 11 regelt die Aufgaben der nicht-ärztlichen koordinierenden Person.

#### ***SpiFa e. V.:***

Hier offenbaren sich die sich abzeichnenden Grenzen durch die häufig eingeschränkte Mitwirkungsfähigkeit oder -willigkeit der avisierten Patientenpopulation. Die Abgrenzung zur sozialen Betreuung außerhalb des Regelungsbedarfs des SGB V wird hier sehr unscharf.

Die Forderung des obligaten Aufsuchens von Patienten in der häuslichen Umgebung mindestens einmal im Quartal kondensiert beispielhaft die Vernachlässigung des Patientenwillens und -bedarfs in der Gesamtkonstruktion.

Auch andere bedrängende Maßnahmen werden gerade von der hier avisierten Patientengruppe häufig nicht toleriert. In der Konsequenz entziehen sich Patienten dann den Behandlungen.

## Zu § 14 (Evaluation)

§ 14 regelt, dass und wie der der G-BA innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität von schwer psychisch kranken Versicherten mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu evaluieren und bei Bedarf auf Basis der Evaluation Anpassungen an der Richtlinie vorzunehmen hat.

### **SpiFa e.V.:**

Dass diese Richtlinie überhaupt erforderlich ist, offenbart vor allem drei Strukturfehler im Versorgungssystem

1. Die Entkoppelung der Psychotherapie vom gesamtverantwortlichen ärztlichen Handeln mit den somatotherapeutischen, pharmakotherapeutischen, sozialmedizinischen und psychotherapeutischen Kompetenzen
2. Der politisch gewollte ungeordnete Zugang der gesamten Gesellschaft zur Behandlungsweise Psychotherapie
3. Die Schaffung eines neuartigen Berufsbildes eines nicht-ärztlichen Psychotherapeuten nach einem Bachelor-Psychologie-Studium und einem Masterstudium in klinischer Psychologie und Psychotherapie. Dieses Berufsbild wird mit weitreichenden berufsrechtlichen Befugnissen ausgestattet, entfaltet ein neuartiges Versorgungssystem und benötigt Tätigkeitsfelder möglichst im Geltungsbereich des SGB V.

Die in den § 92 SGB V in Absatz 6b eingepflegte Aufgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss, diese Richtlinie zu verfassen, kann als Versuch gedeutet werden, die nicht-ärztliche Psychotherapie zumindest teilweise wieder in den medizinischen Kontext einzubinden. Andererseits schafft sie ein neues Tätigkeitsfeld für die nichtärztlichen Psychotherapeuten. Ab 2023 werden jährlich etwa 4000 neuartige nichtärztliche Psychotherapeuten mit Approbation nach dem Psychologie-Studium ohne Fachkunde und annähernd so viele approbierte Psychologische Psychotherapeuten mit Fachkunde in die Versorgungssysteme gelangen. Das erfordert neue Tätigkeitsfelder für eine wiederum Anbieter-induzierte Nachfrage.

**Große Kohorten-Studien zeigen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen über die Jahre nicht zugenommen hat. Gestiegen ist mit der Anzahl der diagnostizierenden Leistungsträger – meist nicht-ärztlicher Provenienz – die Anzahl der mit F-Diagnosen belegten Menschen in diesem Land.** Die Medien berichten dann interessensgeleitet über die Zunahme der psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung.

Wie die in den letzten Jahren die Leistungs-auslösenden Diagnosen aus den Kapitel 5 des ICD 10 zugenommen haben, ist – je nach finanzieller Ausstattung der Leistungen dieser Richtlinie – nach ihrem Inkrafttreten auch mit einer Zunahme der schweren psychischen Erkrankungen zu rechnen. Daher kommt der im Gesetz festgeschriebenen Validierung und Patienten-Nutzenbewertung der Richtlinie eine besondere Bedeutung zu

### **Zur Anlage (Leistungsmodule)**

Immer wieder befremdet die Aufzählung „ärztliche, pharmakologische und psychotherapeutische Maßnahmen“. Pharmakologische Maßnahmen sind ärztliche Maßnahmen. Wieder wird hier auf die 4 erforderlichen Handlungskompetenzen hingewiesen (somatisch, pharmakologisch, psychotherapeutisch und sozialmedizinisch).

GKV 1 sowie KBV 1 – 3 sind bei Leistungsträgern mit den erforderlichen 4 Handlungskompetenzen bereits inkludiert.

Die Koordination mit den anderen Leistungserbringern ist selbstverständlich auch außerhalb eines Netzes erbringbar, ebenso die Kommunikation

Der KBV Vorschlag ist einerseits bürokratisch ausufernd, andererseits schafft er wenig definierte neue psychologische Leistungsinhalte, die unterhalb der durch die Psychotherapie-Richtlinie definierte Psychotherapie angesiedelt sind, und möglicherweise bereits neue Leistungsinhalte für die bald zu approbierenden neuartigen „Psychotherapeuten“ schaffen soll. Eine aufklärende Hinterlegung eines Begründungstextes fehlt.

Es gilt das Prinzip: Keine neue Leistung ohne neues Geld!

### **III. Zusammenfassende Ergebnisse und Folgerungen**

---

Die Richtlinie stellt eine an den Anbietern orientierte Strukturvorgabe dar, bei der weder der Bedarf der Betroffenen noch die genaue Erfassung der Gruppe der Betroffenen erfasst ist.

Ziele und Zielgruppe bleiben vage und sind so geeignet eine bürokratie- und kostenaufwändige Struktur mit schwammartiger Sogwirkung aufzusetzen.

Es fehlen

- Bedarfserfassung der betroffenen Kranken
- Valide Einschlusskriterien und eine seriöse Darlegung der zugrunde liegenden Definition der „schweren psychisch Erkrankung“
- Ziele und grobe Kategorisierungen derselben, etwa in kurativ und palliativ
- Differenzierungen nach Fachgebieten mit ihren spezifischen Anforderungen
- Grobe Vorstellungen der finanziellen Ausgestaltung

Struktur kann kein Selbstzweck sein. Dort, wo alle erforderlichen Handlungskompetenzen (soma-tisch, pharmakologisch, psychotherapeutisch und sozialmedizinisch) und die Kooperation mit Kliniken und Sozialträgern besteht, können psychische Erkrankungen jeden Schweregra-des behandelt werden. Ein Entzug der Behandlungskompetenz oder der Vorenthalt finanzieller Mittel im Rahmen des Kollektivvertrages zugunsten starr vorgeschriebener bürokratischer Strukturen ist weder sachgerecht noch rechtens.

Weiterhin sind fundamentale Patientenrechte und –Interessen berührt wie freie Behandlerwahl und mögliche lebenslängliche versicherungsrechtliche Nachteile.

Arztseitig sind Rechte im Rahmen des freien Berufs Arzt berührt, etwa Freiheit der Therapie-entscheidungen. Es entsteht ein komplexes Geflecht von Weisungsbeziehungen, die dem ärztlichen Berufsrecht entgegenstehen.

An der Schnittstelle ambulant-stationär wäre zunächst die Errichtung eines geordneten Schnittstellensektors zielführend mit gleichberechtigtem Zugang von beiden Seiten sowie transparentem Leistungs- und Vergütungsgeschehen.

In der vorliegenden Form wird eine Steuerungsperspektive des vorwiegend ambulanten Be-handlungsgeschehens durch Kliniken geschaffen. Rechtliche Voraussetzungen dafür fehlen gänzlich. Darüber hinaus kann dies nicht als sachgerecht angesehen werden. In Kombination mit der schwammartigen Sogwirkung kann es so zu einer zentralen Fehlsteuerung des ambu-lanten Geschehens durch Klinik-Konzerne führen. Das ist ebenso absurd wie die zentrale Steuerung des Klinikgeschehens durch ambulante Behandler. Die Gefahr einer solchen

Fehlentwicklung erhält insbesondere durch die nach dem Psychotherapeutenausbildungsgesetz neu zu schaffenden und zu ermächtigenden Klinikambulanzen allen Ortes höchst Brisanz. Der SpiFa wird sich einer solchen Fehlentwicklung und Fehlsteuerung der ambulanten Medizin mit Entschiedenheit entgegenstellen. Derartige Weichenstellungen dürfen nicht mit dieser Richtlinie vorgenommen werden.

Es besteht die Gefahr einer Doppelstruktur neben der bestehenden und etablierten Psychotherapie-Richtlinie.

Rational zielführend wäre ein ordnendes System, in dem Patienten primär von Behandlern erstgesehen werden, die folgende 4 Kompetenzen aufweisen: die somatische, die pharmakologische, die psychotherapeutische und die sozialmedizinische Kompetenz.

Nur das garantiert eine zügige und medizinisch fundierte Diagnostik und Einleitung der medizinisch notwendigen therapeutischen und flankierenden soziotherapeutischen Maßnahmen. Diese wird durch Kooperationsvereinbarungen und eine Kommunikationspflicht unter den verschiedenen Leistungsträgern, sofern diese in die Behandlung integriert sind, komplettiert.

Zur Verbesserung der Koordination und Kommunikation zwischen Berufsgruppen sollte die Psychotherapie-Richtlinie nach §92 6a SGB V ergänzt werden. Eine obligate strukturierte Einbindung der Ärzte mit den beschriebenen Handlungs- und Entscheidungskompetenzen ist für eine umfassende und patientengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen notwendig.

Zur Verbesserung der fachärztlichen Versorgung sollte die Bedarfsplanungsrichtlinie insbesondere bei der historisch bedingten diskriminierenden Eingruppierung der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in §12 als immer ausschließlich psychotherapeutisch Tätige an die allgemeinen Regelungen angepasst werden. Die derzeitige unsachgemäße und einzigartige Eingruppierung mit allen hinderlichen Folgen der Honorarverteilung steht dem handlungs- und entscheidungskompetenten Versorgungsauftrag entgegen. Hier sollte nach dem Vorbild der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie eine für die Versorgung sinnvolle Differenzierung nach anteilig erbrachten Leistungen eingeführt werden.

### **Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:**

**Ordentliche Mitglieder:** Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Bundesverband der Pneumologen e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM), Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V. (DGPRÄC).

**Assoziierte Mitglieder:** MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband).



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

<b>Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<i>Beispiele:</i>				
1	1		Eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte wird vom SHV ausdrücklich begrüßt. Derzeit ist die Versorgung im Übergang und im ambulanten Bereich für diese Versichertengruppe aus unserer Sicht häufig nicht ausreichend. Der SHV merkt an, dass in dem vorliegenden Richtlinienentwurf keine Regelungen zur Finanzierung für die Umsetzung des Netzverbundes und der Leistungserbringer getroffen werden. Deshalb äußern wir hier die Befürchtung, dass bei einer späteren regionalen Umsetzung mit landesbezogenen Verträgen auch eine unterschiedlich gestaltete Finanzierung bestimmt wird.	Mit der Umsetzung der Arbeit in den Netzverbänden entsteht durch die Koordination, die Zusammenarbeit unter den Professionen und die Fallbesprechungen Mehrarbeit für die Leistungserbringer. Diese Mehrarbeit ist bei den ergotherapeutischen Praxen mit den vorliegenden Vergütungsvereinbarungen mit den GKV nicht abgedeckt. Damit in den Netzverbänden eine ausreichende Anzahl ergotherapeutischer Leistungserbringer für die Versorgung der Versicherten einbezogen wird, ist die Finanzierung des Mehraufwandes sicherzustellen. Außerdem kann eine unzureichende Finanzierung dazu führen, dass diese Versorgungsmöglichkeit nicht (flächendeckend) umgesetzt wird.

2	1	GKV-SV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag des GKV-SV zu, mit der Ergänzung: Schwere psychische Erkrankungen sind insbesondere (...), die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens <b>und der Teilhabe</b> und das psychosoziale Funktionsniveau (...)	Die Beschreibung der Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens greift aus unserer Sicht zu kurz. Dies kann auch nur einzelne Tätigkeiten wie zum Beispiel das Reinigen der Wohnung umschreiben. Die Beeinträchtigung der Teilhabe beschreibt dabei die Auswirkung auf das Leben des Einzelnen durch die beeinträchtigte Aktivität. Beispiel: eingeschränkte Sozialkontakte, da diese nicht in die eigene Wohnung eingelassen werden.
2	2	KBV/DKG/PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG/PatV zu.	Mit der Kodierung einer ICD-10 aus dem fünften Kapitel des ICD-10 Kataloges (F00 – F99) ist ausreichend dargestellt, dass eine Erkrankung aus dem psychiatrischen, psychosomatischen Formenkreis vorliegt.
2	3	KBV/DKG	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG zu, mit der Ergänzung: b.) die Global Assessment of Functional Scale (GAF-Skala) <b>mit einem Wert von höchstens 50 als Indikationskriterium.</b>	Es empfiehlt sich, für die Wahl des Fremdeinschätzungsinstruments dem Netzwerkverbund Wahlmöglichkeiten zu lassen. Eine Nennung von zwei Beispielen mit dem Vermerk „insbesondere“ gibt bereits ausreichend Hilfestellung.
3	5	KBV/GKV-SV/PatV	Wir lehnen hier die Übernahme des Vorschlags der DKG ab.	Wie zu §1 Absatz1 bereits ausgeführt, entsteht durch die Arbeit im Netzwerkverbund für die Leistungserbringer Mehraufwand, der nicht in den bestehenden Leistungsrechtlichen Grundlagen abgebildet ist.
4	1		Der Begriff Leistungserbringer wird im Laufe des Entwurfs nicht konsistent genutzt. Zum Teil sind	Die Begrifflichkeiten sollten im gesamten Text eindeutig genutzt werden.

			damit die Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, und zum Teil auch die weiteren Leistungserbringer in den Netzverbänden angesprochen.	
B 4	3	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu. Mit der folgenden Änderung: 4. einer Leistungserbringerin oder Leistungserbringer der Ergotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege <b>und ggf.</b> der Soziotherapie	Das Wort „oder“ impliziert eine Wahlmöglichkeit für jeden Netzverbund zwischen den drei unterschiedlichen Leistungserbringern. Wir sehen alle drei Leistungen als grundsätzlich für die Versicherten als vorzuhaltende Angebote an.
4	4	KBV/DKG	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG zu. Dies betrifft den ersten Satz, dass für die Bildung eines Netzverbundes der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens eines Ergotherapeuten oder einer Ergotherapeutin (...) Voraussetzung ist.	Die Leistungen der Ergotherapie sind für die Versicherten vorzuhalten, deshalb ist eine Kooperation Voraussetzung und nicht nur bei Bedarf einzubeziehen.
4	4	DKG	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der DKG zu.	Eine Prüfung durch die kassenärztliche Vereinigung sehen wir im Vorfeld eines Vertrages nicht als zielführend an. Alle zugelassenen Leistungserbringer erfüllen die Zulassungsvoraussetzungen für Leistungen der GKV. Eine weitergehende Prüfung ist nicht notwendig.
4	4	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Die Nennung einer Frist von 6 Monaten für die Wiedererfüllung der personellen Mindestvorgaben ist sinnvoll, weil es dem Netzverbund eine Übergangszeit ermöglicht, um einerseits die Versicherten weiter zu

				versorgen und andererseits evtl. neue Verbundpartner zu nennen.
4	4	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Die Nennung der einzelnen Kriterien erleichtert eine geordnete Datenerhebung und eine übereinstimmende Darstellung der Netzverbände nach außen und für die Versicherten.
4	10	GKV-SV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der GKV-SV zu.	Eine Verortung dieser Regelung in §9 Abs. 6 (Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung) ist inhaltlich nachvollziehbarer.
5	2	DKG	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der DKG zu..	Bei der Wahl der Bezugärztin / des Bezugarztes sind die Wünsche der Patienten zu berücksichtigen. Gerade in Bezug auf die psychischen Erkrankungen der Versicherten spielt das therapeutische Verhältnis für den Behandlungsverlauf und -erfolg eine große Rolle.
5	3	GKV-SV/DKG/PatV	Keine Übernahme des Vorschlags der KBV.	Die Zusammensetzung des Netzverbundes sind bereits in §4 ausreichend geregelt.
5	4	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Die Aufzählung der Aufgaben der Bezugärzte und der Bezugspsychotherapeuten dient der Klarstellung und als Richtschnur für die Teilnehmer in den Verbundnetzen. Die Möglichkeit, dass Psychotherapeut:innen Bezugspsychotherapeut:innen sein können,

				wird vom SHV ausdrücklich unterstützt. Auch hier kann das therapeutische Verhältnis zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherten für einen Behandlungsverlauf und -erfolg maßgeblich sein.
6	1	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Die Anbindung der koordinierenden Person an die Praxis der Bezugärztin oder der Bezugspsychotherapeutin hat organisatorische Vorteile: kurze Wege, schnellere Kommunikation.
6	2	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Die Koordination der Versorgung hat in erster Linie administrativen Charakter und ist deshalb nicht an einen bestimmten Beruf oder einer bestimmten Berufsgruppe geknüpft.
6	3	GKV-SV	Der Vorschlag des GKV-SV wird abgelehnt.	Eine Vorgabe in Stunden für die Koordination der Versorgung im Netzverbund ist für zahlreiche Leistungserbringer im Netzverbund nicht sinnvoll, dies muss abhängig von der Ausgestaltung und Größe des jeweiligen Netzverbundes festgelegt werden.
7	1 2.	KBV/DKG/PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG/PatV zu.	Eine Spezifizierung des Begriffs „zeitnah“ ist für die Leistungserbringer hilfreich, um darauf auch ihr Praxisorganisation auszurichten.
7	1 3.	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Der Abschluss des Assessments nach §8 Absatz 6 inkludiert die von der GKV-SV geforderte Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach §2.

7	1 5.	KBV/DKG	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG zu.	Eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation erleichtert allen Beteiligten die Zusammenarbeit und die Kommunikation. Das Führen einer gemeinsamen Dokumentation ist zwar erstrebenswert, allerdings sieht der SHV keine zeitnahe technische Lösung dafür.
7	1 7.	KBV/DKG	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG zu.	Eine 14-Stunden bzw. 24-Stunden Rufbereitschaft durch den Netzverbund ist realistisch nicht umsetzbar, zumindest wenn ausschließlich ambulante Leistungsanbieter involviert sind. Daher sollte die Kooperation mit dafür geeigneten weiteren Partnern gesucht werden.
7	1 8.	KBV/DKG	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG zu, keine Regelung zur Terminfindung festzulegen.	Die einzelnen Partner im Netzverbund halten ihre eigene Terminvergabe und damit verbunden eigene Öffnungszeiten und Anmeldeverfahren vor. Eine Bündelung der Terminvergabe durch das Netzwerk greift zu sehr in die Organisation des einzelnen Leistungserbringers in seinem Betrieb ein.
7	1 9.	KBV/DKG/PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG/PatV zu.	Regelmäßige Netzwerkverbundtreffen unterstützen die Kommunikation und die Zusammenarbeit und ermöglicht auch schneller, Lösungen für evtl. auftretende Probleme in der Zusammenarbeit zu lösen.
7	1 10.	KBV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV zu.	Eine mindestens zweimal im Quartal stattfindende Fallbesprechung sehen wir als

				zielführend an. Die „mindest“-Angabe lässt offen, dass darüber hinaus in besonderen Krisensituationen oder auch besonderen Behandlungsverläufen häufiger Fallbesprechungen einberufen werden können.
7	1 12	KBV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV zu.	Wir stimmen hier dem Vorschlag der KBV zu, weil die Ausformulierung und Auflistung der Leistungen durch die Verbundpartner eine Klarstellung ermöglicht: für die Leistungserbringer selbst, für die Bezugst:innen und die Bezugspsychotherapeut:innen.
7	3	KBV/DKG	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG zu.	Beratung/Behandlung auf digitalem Weg wird hier nicht durch Vorgaben des SGBV limitiert.
C 8	1	KBV/DKG/PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG/PatV zu.	Es gibt aus unserer Sicht keine Begründung dafür, die Möglichkeit einer Überweisung auszuschließen. Im Gegenteil sollte für die Versicherten der Zugang zu den Leistungen des Netzwerkverbundes auf mehreren Wegen ermöglicht werden.
8	2	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Der Zugang auf Empfehlung von weiteren Leistungserbringern, wie von der PatV vorgeschlagen, ist deshalb zu befürworten, weil die Versicherten nicht unbedingt den „klassischen“ Weg über Fachärzte für Psychiatrie suchen, sondern oft auch sehr niedrigschwellige Angebote zuerst nutzen.

8	3	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Auch wenn die Versicherten im stationären Aufenthalt nicht dem Entlassmanagement zustimmen, erfolgt trotzdem eine Entlassplanung und der Versicherte kann von dem Netzwerkverbund profitieren. Ein Ablehnen des Entlassmanagements darf kein Nachteil für eine Weiterversorgung der Versicherten im ambulanten Bereich sein.
8	4	GKV-SV/PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der GKV-SV/PatV zu.	Da bei der Wahl des Netzverbundes der Patientenwille zu berücksichtigen ist, benötigt der Patient selbstverständlich eine Übersicht der Netzwerkverbünde, um eine Wahl überhaupt treffen zu können.
8	5	DKG/KBV/PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der DKG/KBV/PatV zu.	Eine Frist von 7 Werktagen ist realistischer einzuhalten durch die Leistungserbringer, die die Eingangssprechstunde durchführen.
8	6	DKG/PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der DKG/PatV zu.	Die Prüfung der Voraussetzungen sowie die vollständige differenzialdiagnostische Abklärung / Assessment im Rahmen der Eingangssprechstunde zu erfüllen, lassen sich sicher nicht immer umsetzen. Deshalb unterstützen wir die Formulierung „oder zeitnah im Anschluss an diese“.
9	1	GKV-SV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der GKV-SV zu.	Der Formulierungsvorschlag verweist bei den Kriterien auf §2. Daher sehen wir hier keine Notwendigkeit für weitergehende Ausführungen.



9	2	KBV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV zu.	Wir stimmen hier dem Vorschlag der KBV zu, weil die Ausformulierung und Auflistung der Leistungen durch die Verbundpartner eine Klarstellung ermöglicht: für die Leistungserbringer selbst, für die Bezugsärzt:innen und die Bezugspsychotherapeut:innen.
9	3	KBV/DKG/PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG/PatV zu.	Die Betreuung und Versorgung von Angehörigen von psychisch Erkrankten mit Hilfsangeboten sehen wir als absolut notwendig an. Das können Lebenspartner, Ehegatten, Kinder, Eltern oder auch weitere Verwandte sein. Deshalb greift der Fokus auf Kinder an dieser Stelle zu kurz. Das Lebensumfeld der Versicherten ist sehr individuell, es können auch Freunde oder Nachbarn sein, die hauptsächlich das Umfeld des Versicherten bestimmen, bzw. diejenigen sein, die sich um die Belange des Versicherten kümmern.
9	7	KBV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV zu.	Die Nennung der hauptsächlichen Aufgaben der aufsuchenden multiprofessionellen Therapie entspricht unserer Vorstellung von der Umsetzung dieser Richtlinie und einer zielgerichteten Versorgung der Versicherten.
10	1 und 2	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz den Vorschlägen der PatV zu.	Die Vorschläge der PatV entsprechen den Ausführungen, die bereits fortlaufend im Richtlinienentwurf von uns befürwortet wurden.

10	3	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Die Formulierung der PatV bezieht den Patienten beim Gesamtbehandlungsplan und bei der Benennung der koordinierenden Bezugsperson mit. Der Einbezug des Patienten ist für die Durchführung der Behandlung und Erreichung von Zielen unerlässlich.
11		PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Wir unterstützen die Aufführung der Bedarfsleistungen zum Kontakt mit dem Patienten im häuslichen Umfeld / Lebensumfeld und die Kontaktaufnahme mit weiteren Einrichtungen. Die Behandlungsverläufe der einzelnen Patienten sind sehr individuell, daher sollte die Möglichkeit bestehen, dass diese Leistungen durchgeführt werden können.
12	2	PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der PatV zu.	Zur Übermittlung von einem Entlassbrief nach der Krankenhausbehandlung ist ein Anschluss des Krankenhauses an diese Richtlinie nicht zwingend erforderlich. Dafür genügt das Vorliegen der Information über die Versorgung des Patienten in einem Netzwerkverbund.
12	3	KBV/DKG/PatV	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG/PatV zu.	Die Vorschläge der PatV entsprechen den Ausführungen, die bereits fortlaufend im Richtlinienentwurf von uns befürwortet wurden.
13	1, 2 und 3	KBV/DKG	Wir stimmen in diesem Absatz dem Vorschlag der KBV/DKG zu. Ergänzung im Text unter Absatz 3:	Gerade in Bezug auf die psychischen Erkrankungen der Versicherten spielt das therapeutische Verhältnis für den Behandlungsverlauf und -erfolg eine große

			Bei einer Behandlungsdauer (...) durch einen weiteren Leistungserbringer nach §3 Abs.1 in <b>Abstimmung mit dem Patienten (...)</b>	Rolle. Deshalb sollte die Wahl zumindest mit dem Patienten abgestimmt werden. Evtl. hat der Patient Gründe, um einen Leistungserbringer abzulehnen.

**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021**

<b>Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) e.V.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

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

### **Allgemeine Bewertung**

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt die vorliegenden Entwürfe für eine Richtlinie, mit der eine bessere Koordination der gesundheitlichen Versorgungsleistungen für Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen erreicht werden soll. Die darin zum Ausdruck kommende Bereitschaft der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, sich noch stärker als bisher für eine Zusammenführung dieser Leistungen zu engagieren, ist angesichts der allseits beklagten Vereinzelung der Leistungen, die vielfach zu Fehl- und Unterversorgung der Zielgruppe beiträgt, zu begrüßen. Eine Verbesserung der Versorgung durch diese Richtlinie ist grundsätzlich zu erwarten.

Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass es sich bei dieser Versorgungsform lediglich um einen Teilschritt in Richtung auf eine leitliniengerechte Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen handelt. Wir beziehen uns mit dieser Beurteilung auf die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN (2018) sowie auf das „Funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung“ von Steinhart und Wienberg (2017).

Von den in diesen Quellen formulierten Standards unterscheidet sich die Versorgung nach dieser Richtlinie in folgenden Punkten:

- Die Koordination bezieht sich nahezu ausschließlich auf gesundheitliche Versorgungsleistungen, sie bleibt insofern innerhalb des Rechtskreises des SGB V. Leistungen aus anderen Rechtskreisen werden deutlich unverbindlicher angesprochen. Dies gilt insbesondere für Teilhabeleistungen des SGB IX.
- Folgerichtig wird mit der Richtlinie eine Verbundbildung nur innerhalb des SGB V vorgegeben. Die neuen Netzverbände stehen somit neben den Sozial- und Gemeindepsychiatrischen Verbänden, die sich in vielen Regionen rund um die Leistungen des SGB IX gebildet haben. Für eine leitliniengerechte, rechtskreisübergreifende Gesamtvernetzung wären vielmehr Gesamtverbände aller Leistungserbringer erforderlich, somit eine vollständige Integration beider Arten von „Verbänden“.
- Im Ergebnis wird es zukünftig für viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zwei parallele „Gesamtpläne“ geben, den Gesamtbehandlungsplan nach dieser Richtlinie und den Gesamt- bzw. Teilhabeplan gemäß SGB IX.
- Als weitere Auswirkung wird es für diese Betroffenen je eine „koordinierende Bezugsperson“ in den Leistungsbereichen des SGB V und des SGB IX geben.
- Der strikte Bezug der ambulanten multiprofessionellen Versorgung auf Versorgungsregionen, i. d. R. kommunale Gebietskörperschaften oder Großstadtbezirke, gehört seit den Anfängen der Psychiatriereform zum Kanon der Grundforderungen leitliniengerechter Versorgung, ist aber nicht in allen Varianten der Gestaltung der Netzverbände berücksichtigt.

- Die im Richtlinien-text beschriebenen Koordinationsleistungen entsprechen der international als Case Management bezeichneten Leistung. Für Case Management liegt nur eine mäßige Evidenz vor, eine gezielte Anwendung wird lediglich „nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen (z. B. geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hohe Inanspruchnahme von stationären Behandlungen)“ empfohlen (Empfehlungsgrad B, Empfehlung 15 der o. g. S3-Leitlinie). Erforderlich wären zur adäquaten Versorgung darüber hinaus gehende Leistungen im Sinne eines Intensive Care Management bzw. eines Assertive Community Treatment (ebd., Abschnitt 10.2.3).

Einige dieser Punkte lassen sich durch Vorschläge v. a. der Patientenvertretung zumindest abmildern, wir weisen darauf jeweils hin.

Einige weitere Problembereiche sollen hier vorab genannt werden, weil sie jeweils mehrere Bestimmungen der Richtlinie betreffen:

- Zwischen den Leistungen der neuen Versorgung und vorhandenen Regelleistungen sehen wir zahlreiche Überschneidungen. Das betrifft vor allem Soziotherapie, psychHKP und bereits bestehende Leistungen der Institutsambulanzen. Andererseits gibt es an mehreren Stellen Vorschläge zu detaillierten Regelungen, die auf eine institutionelle Abkoppelung der neuen Versorgung von den genannten Regelleistungen abzielen. Wir erwarten davon unnötige Verdoppelungen der regionalen Versorgungsstrukturen mit der Folge personeller Wechsel der Behandler, die anerkanntermaßen nachteilige Auswirkungen für die Personen der Zielgruppe haben können.
- Der Patientenwille wird an mehreren Stellen aus unserer Sicht nicht ausreichend berücksichtigt, insbesondere das Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl behandelnder Ärzte, Psychotherapeuten und sonstiger Behandler. Hier ist meist lediglich eine „Abstimmung“ mit den Patienten vorgesehen.
- In diesem Zusammenhang sind bereits behandelnde Leistungserbringer nicht ausnahmsweise, sondern regelhaft in die neue Versorgungsleistung einzubeziehen, soweit keine zwingenden Gründe entgegenstehen. Wenn die Aufnahme und die Beendigung der neuen Versorgungsleistung jeweils mit personellen Wechseln zentraler Vertrauenspersonen verbunden sind, ist das Gelingen dieser Versorgung fraglich, vom Recht auf freie Arztwahl (und Wahl der übrigen Leistungserbringer) einmal abgesehen.
- Bei den in Aussicht genommenen Leistungen fehlt die Genesungsbegleitung durch Erfahrungsexperten (Peer-Begleitung). Dies mag der Tatsache geschuldet sein, dass diese neue Leistung noch nicht flächendeckend und qualitätsgesichert verfügbar ist; sie sollte aber dort, wo Erfahrungsexperten zur Verfügung stehen, verpflichtend einbezogen werden.
- Der Zugang zur neuen Versorgung ist so zu gestalten, dass sie Patienten mit Ersterkrankungen in einem möglichst frühen Stadium zugänglich gemacht werden kann.

## Referenzen

DGPPN (2018): S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«. 2. Auflage. Berlin: Springer.

Steinhart I, Wienberg G (Hg). Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln, Psychiatrie Verlag. 2017

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.				
26.02.2021				
Allgemeine Stellungnahme zum Richtlinienentwurf: siehe oben				
§	Absatz	ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1	2 Zi. 3		Streichung	Ziel der Richtlinie sollte ausschließlich eine verbesserte Versorgung der Zielgruppe sein. Ein Druck zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung kann kontraproduktiv wirken.
1	3 Zi. 4	KBV/PatV	Ergänzung akzeptieren	Wir sprechen uns hier, <u>gleichzeitig auch für alle folgenden Stellen</u> , dafür aus, Bezugspsychotherapeuten neben Bezugsärzten vorzusehen.
1	3 Zi. 6, 9		—	Zum Fehlen einer rechtskreisübergreifenden Gesamtplanung und Koordination: siehe Vorbemerkung
2	1	PatV	Zustimmung (mit nachfolgender Ergänzung)	Eine Mitwirkungspflicht und -fähigkeit <u>als Voraussetzung</u> zu fordern (GKV-SV), wird der Schwere der Erkrankungen nicht gerecht. Die Präzisierung durch den Verweis auf Abs. 4 ist sinnvoll.
2	1	PatV	Ergänzung in Zeile 6. „... die zu deutlichen Einschränkungen ... führt bzw. voraussichtlich führen wird und bei denen ...“	Die Versorgung nach dieser Richtlinie sollte nicht erst nach einem längeren Zeitraum (GKV-SV) angeboten werden, sondern ist bei schweren psychischen

				Erkrankungen gerade bei frühem Versorgungsbeginn besonders aussichtsreich. Dies trifft insbesondere auch für Ersterkrankungen zu.
2	2	KBV/DKG/PatV	Zustimmung	Schwere Verläufe psychischer Erkrankungen treten in allen Unterabschnitten des Kapitels F der ICD-10 auf.
2	3	PatV	Zustimmung	Ein GAF-Wert $\leq 50$ ist hier angemessen und ausreichend.
3	3	PatV	Zustimmung	Die Einschränkungen des § 118 Abs. 2 sind für diese Versorgung nicht sachgerecht. Die Indikation für diese Versorgung ist in den vorangegangenen Abschnitten angemessen definiert.
3	4 Zi. 3	GKV-SV/PatV	Zustimmung	Die Bindung an die Zulassung als Leistungserbringer ist zur Vermeidung von Doppelstrukturen sinnvoll, und die Erbringung der neuen Versorgung sollte mit weiteren Regelleistungen verbunden und personell nicht getrennt davon organisiert sein. Vgl. die Vorbemerkungen sowie unten § 6 Abs. 3
3	4 Zi. 4 (neu)		Ergänzung: <i>„4. Leistungserbringer die bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen in Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V oder in der Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V erbringen“</i>	Es gibt bereits seit Jahren multiprofessionelle Teams im Rahmen von §§ 64b und 140a SGB V. Zur Vermeidung von Parallelstrukturen und zur Nutzung ihrer Kompetenzen in der Vernetzung von Leistungen sollten sie Zugang zu den Netzverbänden bekommen.

3	4 Zi. 5 (neu)		Ergänzung: „5. Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter mit entsprechender Qualifizierung, z. B. durch EX-IN-Weiterbildung“	In der Arbeit mit schwer psychisch Erkrankten hat die Genesungsbegleitung durch „Erfahrungsexperten“ einen hohen Stellenwert. Auch wenn berufsrechtliche Regelungen noch fehlen, sollte die Richtlinie deshalb diese Leistung einbeziehen, ähnlich wie die PPP-Richtlinie des G-BA.
4	1, ebenso in 2	GKV-SV/DKG/PatV	Die Ergänzung übernehmen	Das Prinzip der regionalen Zuordnung ist eine tragende Grundlage jeder vernetzten Arbeit mit schweren psychischen Erkrankungen.
4	2	PatV	Die Ergänzung übernehmen	Siehe unten zu Abs. 5
4	3	PatV	Zustimmung (mit nachfolgender Anmerkung und nachfolgender Ergänzung)	Der Vorschlag ist am ehesten geeignet, einerseits mehrere Ärzte/Psychotherapeuten verpflichtend zu fordern und andererseits das Grundprinzip der Regionalität zu wahren. Die Einbeziehung der übrigen Leistungserbringer muss verpflichtend vorgeschrieben sein, ansonsten wäre der Verbund nicht leistungsfähig im Sinne einer Komplexbehandlung.
4	3	PatV	Anmerkung s. rechte Spalte	Es bestehen Bedenken dagegen, dass die Bildung von <i>ambulant</i> Netzverbänden durch Nichtteilnahme des jeweils zuständigen <i>Krankenhauses</i> mit Versorgungsverpflichtung blockiert werden könnte.
4	3	PatV	Ergänzen:	vgl. § 3 Abs. 4 Zi. 4



			„5. Leistungserbringern, die gemäß § 64b SGB V oder § 140a SGB V bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen, soweit diese in der Netzregion tätig sind.“	
4	5	PatV	Zustimmung (mit folgender Ergänzung)	Der Text beschreibt zutreffend die für die Zielgruppe relevanten Einrichtungen, im Unterschied zur Version der übrigen Gruppen.
4	5	PatV	Ergänzung nach Zi. 6: „7. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Kinder- und Jugendhilfe“	Familien mit psychisch kranken Elternteilen benötigen bzw. erhalten häufig solche Hilfen, diese müssen darum ebenfalls einbezogen werden.
4	10	PatV	Diese Version zur Einbeziehung von Vorbehandlern übernehmen mit folgenden Änderungen:	Im Interesse einer personellen Kontinuität ist die Einbeziehung bereits behandelnder Personen <u>als Regelfall</u> zu fordern.
4	10 Satz 3	PatV	„In Ausnahmefällen und in Absprache mit dem Behandlungsteam kann ...“ ersetzen durch: „In der Regel, insbesondere auf Wunsch des Patienten, soll ...“	Personelle Kontinuität, s. o., und Wunsch- und Wahlrecht des Patienten, vgl. die Allgemeine Vorbemerkung
4	10 Satz 4	PatV	Änderung: „Auf Wunsch der Patientin oder des Patienten sollen ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die weder Mitglied des Netzverbundes noch über Kooperationsverträge oder bei sonstigem Bedarf gemäß § 4 in die Versorgung nach	s. o.

			dieser Richtlinie eingebunden sind, an der Behandlung beteiligt werden.“	
5	1	PatV	Zustimmung (mit folgender Änderung)	Unterschied gegenüber der KBV: Bezugsärzte/-psychotherapeuten sind in der Regel nicht selbst die Koordinatoren, siehe unten Abs. 4
5	1 Satz 3	PatV	Einfügen: „Ist ein Krankenhaus mit einer psychiatrischen oder psychosomatischen Institutsambulanz ...“	Die Institutsambulanzen sind rechtlich nicht selbständig, sie können nicht als solche Mitglieder der Netzverbände sein.
5	2	PatV	Zustimmung (mit der folgenden Änderung)	Diese Version gibt den Verbänden die größte Gestaltungsfreiheit bei der Festlegung der Bezugsbehandler, je nach der personellen Situation im Verbund.
5	2	PatV	Ergänzen: „Die Zustimmung des Patienten zur Person der Bezugärztin, des Bezugsarztes, der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten ist erforderlich.“	Auch für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf gilt die Freiheit der Arzt- bzw. Therapeutenwahl (Wunsch- und Wahlrecht).
5	3	KBV	Ablehnung	Unnötige Einengung der Zusammenstellung der jeweils zuständigen Bezugspersonen
5	4	PatV	Zustimmung (mit folgender Ergänzung)	Die Durchführung der Koordination durch Bezugsärzte/-psychotherapeuten (Alternative der KBV/DKG) dürfte unrealistisch sein, sie werden diese Aufgabe in aller Regel delegieren bzw. verordnen.
5	4 Zi. 2	GKV-SV	Zu Beginn der Zi. 2 ergänzen:	Die Formen der Behandlung sollten vollständig genannt sein. Durch den Verzicht auf den Begriff

			„... einer ambulanten, <i>teilstationären</i> , <i>stationsäquivalenten</i> oder stationären Behandlung, ...	„Krankenhausbehandlung“ wird das Missverständnis vermieden, dass in jedem Fall eine Krankenhausaufnahme erforderlich sei.
6	1	PatV	Zustimmung zu dieser Version mit allen drei Ziffern	Koordination ist weder berufsrechtlich noch bezüglich der erforderlichen Qualifikation eine notwendigerweise ärztliche oder psychotherapeutische Aufgabe. Der Vorschlag der PatV gibt den Verbänden Gestaltungsfreiheit im Hinblick auf ihre personelle Zusammensetzung und die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen. Eine Weisungsbindung an die Ärzte/Psychotherapeuten ist nicht erforderlich; vergleichbare Leistungen wie z. B. Soziotherapie sind <i>verordnete</i> Leistungen, das gleiche Prinzip ist hier angemessen.
6	2 Satz 1 vor den Ziffern	GKV-SV	Zustimmung (mit folgenden Änderungen bei den Ziffern)	Zu den Unterschieden im ersten Kasten s. o., im zweiten Kasten sollte die Zusatzqualifikation zwingend vorgeschrieben sein (Ablehnung des KBV-Zusatzes)
6	2 Satz 1 Zi. 1		streichen	Medizinische Fachangestellte – auch nach z. B. zweijähriger Tätigkeit in einer Arztpraxis – werden als nicht geeignet für diese Aufgabe angesehen.
6	2 Satz 1 Zi. 3	GKV-SV/PatV	Zustimmung	Der Gegenvorschlag würde bedeuten, dass neben in der Regel vorhandene, zugelassene Leistungserbringer weitere treten würden – Gefahr der Schaffung

				regionaler Doppelstrukturen und Abtrennung der Koordination von der eigentlichen Leistung Soziotherapie.
6	2 Satz 1 Zi. 4	GKV-SV	Zustimmung	Gleiche Begründung wie Zi. 3
6	3	GKV-SV	Ablehnung	Diese Festlegung würde dazu führen, dass Koordination von anderen Leistungen abgetrennt würde, ggf. unnötige Vermehrung der Zahl der für den einzelnen Patienten zuständigen Personen und unnötiger Ausschluss von bereits behandelnden Vertrauenspersonen
7	1 Zi. 7	PatV	Zustimmung	Für diese Zielgruppe ist eine jederzeitige Erreichbarkeit des Verbundes zwingend erforderlich, sie kann durch dem Patienten fremde Institutionen oder Personen, die nicht zum Verbund gehören, nicht geleistet werden.
7	4	KBV/PatV	Ablehnung	Unnötige Vorschrift, die nicht für alle Verbünde zweckmäßig sein dürfte; soweit Verbünde eine solche Aufgabe vergeben wollen, ist dies auch ohne eine Regelung in der Richtlinie möglich.
8	2	PatV	Zustimmung (mit nachfolgender Ergänzung)	Da Personen mit schweren psychischen Erkrankungen bei sehr unterschiedlichen Einrichtungen erstmals auffällig sein können, sollten Empfehlungen ausgesprochen und erste Kontakte zum Verbund ermöglicht werden durch eine breite Vielfalt dieser Einrichtungen. Bei den alternativen Vorschlägen ist der Kreis der Berechtigten demgegenüber zu eng.

8	2	PatV	Ergänzen: „2. Sozialpsychiatrische Dienste, 3. Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 4. Leistungserbringer der Rehabilitation, 5. psychosoziale Beratungsstellen, 6. Leistungserbringer der Jugendhilfe, 7. Selbsthilfegruppen.“	Da eine Empfehlung lediglich den Zugang zum Erstkontakt ermöglicht, können Anforderungen an die diagnostische Kompetenz empfehlender Stellen niedrig gehalten werden, um die Chancen zu erhöhen, möglichst viele Patienten der Zielgruppe überhaupt zu erreichen.
9	1 Satz 2	DKG/PatV	Zustimmung zu „vorläufiger Behandlungsplan“	An der Erstellung des (definitiven) Gesamtbehandlungsplans sollten die beteiligten Einrichtungen beteiligt werden.
9	1 Satz 4	KBV/DKG/PatV	Neufassung: „Hierfür ist die Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten erforderlich.“	Eine Zuweisung ohne ausdrückliche Zustimmung ist nicht gerechtfertigt und übrigens auch ohne Erfolgsaussicht, vgl. oben § 5 Abs. 2.
9	3		Neufassung: „Die Patientin oder der Patient <i>ist</i> bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V <i>hinzuweisen</i> . Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie ist zu prüfen, ob Hilfen für Kinder oder andere An- und Zugehörige der Patientin oder des Patienten erforderlich sind.“	Eine Soll-Vorschrift reicht angesichts des meist komplexen Versorgungsbedarfs an dieser Stelle nicht aus. Im Übrigen wäre z. B. an dieser Stelle eine umfangreiche Anpassung des Textes erforderlich, wenn die Trennung der SGB-V-Leistungen von allen übrigen Hilfen aufgehoben werden soll (vgl. die allgemeine Beurteilung zu Beginn dieser Stellungnahme)
9	6	GKV-SV	Zustimmung, falls die Regelung hier und nicht in § 4 erfolgt (mit folgender Ergänzung)	Notwendige Regelungen zur Sicherung erwünschter Behandlungskontinuität, vgl. die Anmerkungen zu § 4 Abs. 10
9	6 Satz 2	GKV-SV	Ergänzung: „Während der Versorgung nach dieser Richtlinie kann die Versorgung durch diese in Absprache mit der Bezugärztin oder dem	Die Einbeziehung der Patientin/des Patienten ist rechtlich geboten und fachlich sinnvoll.

			Bezugsarzt <i>und der Patientin oder dem Patienten</i> fortgesetzt werden.	
9	7	PatV	Zustimmung	Aufsuchende Behandlung muss zwingend angeboten werden, siehe S3-Leitlinie.
9	7	KBV	Übernahme von Satz 1	Die Zusammenarbeit mit Gemeindepsychiatrischen Verbänden ist sinnvoll, vgl. die allgemeinen Vorbemerkungen. Die übrigen Ergänzungsvorschläge der KBV beinhalten unnötige, ggf. einengende Festlegungen.
10			(Grundsätzliche Bewertung)	Der Gesamtbehandlungsplan nach dieser Richtlinie und die Teilhabe-bzw. Gesamtplanung gemäß SGB IX stehen nahezu unverbunden nebeneinander; siehe unsere allgemeinen Vorbemerkungen zu dieser Richtlinie.
10	1 Satz 1	Alle Versionen	„... in Abstimmung mit ...“ ersetzen durch „... <i>in Abstimmung, soweit möglich in der Regel gemeinsam mit ...</i> “	„Abstimmung“ ist zu unverbindlich, für das Gelingen eines solchen Plans ist die größtmögliche Einbeziehung und letztlich explizite Zustimmung des Patienten unabdingbar.
10	1 Satz 3	GKV-SV/PatV	Vorschlag zur Formulierung am Ende des Satzes: „... <i>sowie den Bedarf an Soziotherapie, Ergotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege.</i> “	Präzisierung der „Heilmittel“ ist zweckmäßig, Ergotherapie wurde vergessen.
10	2		Ergänzung am Ende vor „zu erfolgen“: „... <i>und dem Patienten bzw. der Patientin zu erfolgen.</i> “	s. o.

10	3	PatV	Zustimmung (mit der folgenden Änderung)	Eine solche koordinierende Bezugsperson, mit der möglichst bereits eine Vertrauensbeziehung besteht, ist gemeindepsychiatrischer Standard und eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Wirksamkeit von Verbundleistungen.
10	3	PatV	Neufassung Satz 1: „Wesentlicher Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist auch die Benennung einer koordinierenden Bezugsperson für die Umsetzung des Behandlungsplans <i>mit Zustimmung des Patienten oder der Patientin. ...</i> “	Wunsch- und Wahlrecht der Patienten, eine Benennung der Bezugsperson ohne Zustimmung hätte keine Erfolgsaussicht.
11		PatV	Zustimmung (mit der folgenden Ergänzung)	Diese Version bildet gemeindepsychiatrische Erfahrungen mit erfolgreicher Leistungskoordination am besten ab.
11	Zi. 4	PatV	Ergänzung: „Organisation des Informationsaustausches aller an der Behandlung <i>und allen weiteren Hilfen</i> beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch regelmäßige Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 1 Nr. 9“	Die rechtskreisübergreifende Einbeziehung aller Leistungen wäre zumindest ein Schritt hin zu einem umfassenden Case Management; vgl. die grundsätzliche Bewertung der Richtlinie zu Beginn dieser Stellungnahme.
11	Zi. 6	PatV	Ergänzung in Ziffer 6: „bei Bedarf das Führen von Gesprächen <i>mit relevanten Bezugspersonen</i> im Lebensumfeld <i>gemeinsam mit</i> der Patientin oder dem Patienten,“	Präzisierung, dass die Patientin oder der Patient in aller Regel an solchen Gesprächen beteiligt sein sollen
12	2 und 3	...	Die Regelungen sollten für alle Krankenhäuser verbindlich gelten, auch wenn sie keinem Netzverbund angehören.	Das Versorgungsbedürfnis der Patienten sollte nicht von der Bereitschaft der

				Krankenhäuser zur Mitgliedschaft in Netzverbänden abhängen.
12	5		Ergänzung: „... sind dem aufnehmenden Krankenhaus <i>mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten</i> die erforderlichen Informationen ...“	Die Zustimmung des Patienten ist hier ebenso erforderlich und sinnvoll wie in Absatz 3 in der umgekehrten Richtung des Datenflusses.
13	2 und 3	PatV	Zustimmung (mit folgender Änderung)	Diese Version berücksichtigt am genauesten, dass die sonstige Regelversorgung bereits während der Versorgung nach dieser Richtlinie stattfinden kann bzw. während und nach dieser Versorgung durch dieselben Einrichtungen und Personen durchgeführt werden kann; dies sollte im Interesse der personellen Kontinuität die bevorzugte Überleitungsvariante sein.
13	2	PatV	Zu ergänzen: „... durch die Bezugsärztin, den Bezugsarzt, <i>die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten</i> zu überprüfen. ...“	Die Ergänzung ergibt sich (hier letztmalig) aus der Begründung zu § 1 Abs. 3 Zi. 4.
Anlage			(Grundsätzliche Bewertung)	Beide Versionen der Anlage enthalten umfangreiche Überschneidungen mit anderen Regelleistungen des SGB V (vgl. die allgemeine Bewertung zu Beginn dieser Stellungnahme). Es wird nicht klar, inwieweit es sich um eine Nennung von anderweitig geregelten und nach anderen Rechtsvorschriften vergütete Leistungen handelt – in diesem Falle sind die Aufzählungen nicht vollständig – oder ob es sich zumindest teilweise um Leistungen handelt, die durch die



				Nennung in dieser Anlage als neue gesundheitliche Versorgungsleistungen eingeführt werden sollen..
--	--	--	--	--

**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021**

<b>Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>

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

<b>Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten bvvp e.V.</b>				
<b>26. Januar 2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	1		<p>Der bvvp begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag erteilt hat, eine neue Richtlinie zu erarbeiten, in der Regelungen und Möglichkeiten geschaffen werden, die ambulante Versorgung von Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern. Psychotherapeut*innen haben ein hohes Interesse daran, ihre Patient*innen bestmöglich zu behandeln, und bisher fehlen in der ambulanten Versorgung die notwendigen Strukturen der Vernetzung, der Kooperation und der Koordination für die in der Richtlinie angesprochenen Patient*innen.</p> <p>Der bvvp hält es für zentral, dass die Versorgung Patient*innen-zentriert und auf den jeweiligen individuellen Bedarf abgestimmt und dass die freie Behandlerwahl gewährleistet ist. Genauso zentral ist die Behandlungskontinuität gerade für schwer erkrankte Patient*innen, die sich mit Vertrauen und mit Bindung oft schwertun. Ohne diese kann nicht von einem erfolgsversprechenden Behandlungsansatz ausgegangen werden.</p> <p>Diese zentralen Bedingungen können nur erfüllt werden, wenn es eine breite und flächendeckende Netzstruktur von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen gibt.</p> <p>Für die neue Richtlinie kommen Patient*innen mit unterschiedlichsten Störungsbildern in Frage, die zu einem Teil bereits in den Praxen versorgt werden und für die die Richtlinie eine wichtige Erweiterung darstellt, die zum anderen Teil durch die neue Richtlinie aber erst die Möglichkeit bekommen, auch ambulant adäquat behandelt zu werden. Dem Bedarf dieser breiten Gruppe an Patient*innen hat der Gesetzgeber insofern Rechnung getragen, als er explizit formuliert, dass die Richtlinie „insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte“ gelten soll. Es muss Patient*innen unter der zentralen Bedingung der Behandlungskontinuität im Fall des Einbezugs psychotherapeutischer Behandlung möglich sein, wenn sie die nötige Stabilität erreicht haben, bei dem selben Psychotherapeuten, bei derselben Psychotherapeutin</p>	

		<p>ihre Psychotherapie nach der alten PT-Richtlinie fortzuführen. Genauso muss es möglich sein, dass chronisch schwerkranke Patient*innen durch dasselbe individuell zusammengestellte Behandlungsteam über einen längeren Zeitraum in der neuen Richtlinie versorgt werden können.</p> <p>Alle genannten Ausgangsbedingungen erfordern es, dass eine große Anzahl an Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sich in die Netze der neuen Richtlinie einschreibt und dass die Mindestkriterien für die Teilnahme nicht zu hoch angesetzt werden. Die Bereitschaft zur Beteiligung an der neuen strukturierten und koordinierten Versorgung wird nach Einschätzung des bvvp in hohem Maß davon abhängen, ob es gelingt, dass das Ganze von vielen Schultern getragen wird.</p> <p>Der Ansatz des GKV-Spitzenverbandes mit einem engen Zugang zur Richtlinie würde zu hochspezialisierten Praxen führen, die eher einem Modell der sozialpsychiatrischen Versorgung entsprechen würden. Diese Zugangsverengung wird dem gesetzlichen Auftrag nicht gerecht und wird deshalb vom bvvp abgelehnt.</p> <p>Grundsätzlich sieht der bvvp im Entwurf der KBV die Behandlungsrealität und die Behandlungserfordernisse angemessen abgebildet im Hinblick auf das Ziel des gesetzlichen Auftrags und auf die faktische Realisierbarkeit.</p> <p>Von der Entscheidung für das eine oder andere Modell wird abhängen, ob die neue Richtlinie gut in der Patient*innen-Versorgung ankommen wird und diese Chance genutzt werden kann oder ob die neue Richtlinie schon im Ansatz zum Scheitern verurteilt ist. Es ist überdies dringend erforderlich, eine innere Konsistenz in der Ausgestaltung der neuen Richtlinie zu schaffen, die durch die Vermischung grundlegend unterschiedlicher Ansätze nicht erreicht werden kann.</p> <p>Für den bvvp als einem gemischten Verband aus Psychotherapeut*innen aller Grundberufe und aus P-Fachärzt*innen steht es in seiner Tradition der kollegialen Zusammenarbeit außer Frage, dass sowohl Ärztliche als auch Psychologische Psychotherapeut*innen, je nach Behandlungsschwerpunkt und unter Erhalt der Behandlungskontinuität der Patient*innen, die Funktion der Bezugstherapeutin, bzw. des Bezugstherapeuten übernehmen können.</p> <p>Die Zukunft der medizinischen Versorgung nicht nur psychisch kranker Menschen, sondern insgesamt der älter werdenden Bevölkerung wird im Ausbau und der Konzeptualisierung der auf vielen Ebenen zunehmend komplexer werdenden Behandlungsbedarfe liegen, das heißt in der Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit. Diese Richtlinie, die gemäß dem gesetzlichen Auftrag genau dieser Notwendigkeit folgt, sollte eine zukunftsfähige Vorstellung von Interprofessionalität erkennen lassen und den Weg zur Zusammenarbeit auf Augenhöhe ebnen. Das ist auch eine Voraussetzung für die notwendige Einbindung der unterschiedlichen Fachkräfte!</p> <p><i>Die Verwendung des Begriffs „Bezugsbehandler“ dient der besseren Lesbarkeit, es sind hier aber alle Geschlechter inbegriffen.</i></p>
--	--	---

1	2		Zielgruppe sollte sein: <b>insbesondere</b> schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen psychiatrischen <b>und / oder</b> psychosomatischen <b>und/ oder</b> psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.	Diese Präzisierung ist notwendig, gerade um die Komplexität der erforderlichen Maßnahmen zu definieren und abzubilden.
2	1 bis 3	KBV	Zustimmung	<p>Von der Frage, wie eng, oder wie weit die Zugangsmöglichkeiten für Patient*innen gefasst werden sollen, hängt die Sinnhaftigkeit dieser Richtlinie ab.</p> <p>Der bvvp fordert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Einschränkung auf bestimmte willkürliche F-Diagnosegruppen. ICD-Diagnosen sind ein zu grobes Instrument. Sie unterscheiden vorwiegend nicht nach Schweregraden der Erkrankungen. Schwere Verläufe sind bei jeder F-Diagnose möglich, Komorbiditäten sind die Regel.</li> <li>• Ein Höchstwert auf einer Skala als Indikationskriterium sagt zu wenig aus über einen komplexen Behandlungsbedarf.</li> <li>• Alle F-Diagnosen, auch neurologische Störungen, müssen Zugang haben - in Abstimmung mit dem Funktionsniveau bzw. dem Grad der Einschränkungen als Zugangskriterium, ohne festgelegten Cutoff-Wert und ohne vorgegebene Einschätzungsskala. Eine deutliche Einschränkung in verschiedenen Lebens- und Funktionsbereichen ist ein hinreichendes Kriterium.</li> <li>• Der Bezugsbehandler hat die Indikationshoheit und entscheidet individuell in Kooperation mit den Patient*innen und mit Blick auf das gesamte Behandlungskonzept über die Behandlung innerhalb der neuen Richtlinie. Überdies muss für Behandlungskontinuität gesorgt werden.</li> <li>• Keine zeitliche Beschränkung des Verbleibs in der neuen Richtlinie. Therapieprozesse sind nicht linear. Ein ausreichend großer zeitlicher Rahmen ist gerade bei schwer kranken</li> </ul>

				<p>Patient*innen notwendig. Besonders betroffene chronisch kranke Menschen fallen sonst raus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Richtlinien-Psychotherapie muss immer möglich sein.</li> </ul>
3	1	KBV	Zustimmung	<p>Fachärzt*innen für Neurologie sollten einbezogen werden, analog zum Einbezug der Patient*innen mit neurologischen Störungen und auch mit Blick auf die häufig notwendigen differentialdiagnostischen Abklärungen.</p>
3	2		<p>Auch Ambulanzen nach §117 SGB V sollten einbezogen werden, die bereits gute Strukturen der Vernetzung und Koordination vorhalten.</p>	
3	3	KBV	Zustimmung	<p>PIAs könnten ein Verbindungsglied zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sein und könnten manche Einzelleistungen, wie z.B. bestimmte störungsspezifische Gruppenangebote, als Kooperationspartner beitragen. Hier muss die PIA-Verordnung angepasst werden, sodass parallel zur PIA-Behandlung ambulante Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung möglich sind und umgekehrt. Die PIAs eignen sich allerdings nicht für die Betreuungsfunktion innerhalb des Netzverbundes. Es ist nicht denkbar, dass aus der stationären Einrichtung heraus die ambulante Versorgung organisiert und koordiniert wird. Die Argumentationen der KBV sind in den tragenden Gründen schlüssig und werden vom bvvp unterstützt.</p>
4	3	KBV	Zustimmung	<p>Der bvvp unterstützt uneingeschränkt den Ansatz der KBV mit breit aufgestellten Netzstrukturen, aus denen dann Patient*innen-individuelle Teams gebildet werden, die jeweils aus einem Psychiater / einer Psychiaterin und einem Psychotherapeuten / einer Psychotherapeutin bestehen. Die Verpflichtung zur Kooperation mit weiteren Kräften, die dann je nach individuellem Bedarf in das Behandlungsteam für die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden, ist sachgerecht.</p>

				<p>Die Mindestzahl von 15 Psychiater*innen und 15 Psychotherapeut*innen ist dafür geeignet, denn nur so kann ein flächendeckendes Angebot entstehen. Und nur so kann auch die Behandlungskontinuität und die Berücksichtigung des Patient*innenwillens gewährleistet werden. Es ist jedoch auch sinnvoll, dass bei regionalen Besonderheiten von diesem Richtwert abgewichen werden kann.</p> <p>Das enge Netzmodell des GKV-SV mit stark eingeschränktem Patient*innen-Zugang und mit mindestens einer Halbtagskraft Ergotherapie oder Psychotherapie für die nichtärztliche Koordinationsfunktion wird folglich als nicht zielführend angesehen und abgelehnt.</p>
4	4	KBV	Zu überlegen wäre die Vorgabe zum Abschluss eines Kooperationsvertrags mit einem Krankenhaus der Pflichtversorgung.	<p>Es sollte ein Krankenhaus geben, das notfalls schnell aufnehmen kann, als Backup für das ambulante Behandlungsteam. Gerade bei schwer kranken Patient*innen ist dies wichtig. Gleichzeitig ist zu beachten, dass dies in ländlichen Regionen eine hohe Hürde darstellen kann. Gegebenenfalls sind Kooperationsverträge mit mehreren Kliniken sinnvoll.</p> <p>Grundsätzlich müssen im Sinne der Stärkung der sektorübergreifenden Versorgung die teilnehmenden Kliniken zwingend verpflichtet werden, mit den im Netzverbund teilnehmenden ambulanten Einrichtungen zu kooperieren. Dies ist auch deshalb notwendig, damit der stationäre Sektor nicht als zentrale Einrichtungen aus Eigeninteresse das Angebot der in der neuen Richtlinie angedachten Versorgungsstrukturen mit den ambulanten Praxen verhindern kann.</p>
4	5		Zustimmung	<p>Der bvvp begrüßt ausdrücklich die in den tragenden Gründen vorgetragenen Pläne zur Kooperation mit Krankenhäusern und ihren Einrichtungen, anderen Gesundheitsfachberufen sowie weiteren Einrichtungen, Trägern und Organisationen der (psychosozialen) Versorgung von Patient*innen mit seelischen Erkrankungen. Auch wenn diese Richtlinie nur im SGB V geregelt werden kann, sollten Art und Möglichkeiten dieser</p>

				<p>umfassenderen Zusammenarbeit weiter bedacht werden, um dem Gedanken der komplexen Versorgung wirklich gerecht zu werden.</p> <p>Hilfreich ist, dass Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut*innen kooperieren können für die Behandlung im Transitionsalter bis 21 Jahre, vor allem, um die Behandlungskontinuität zu sichern. Das liegt im expliziten Interesse der Patient*Innen.</p> <p>Genauso wichtig und im Interesse der Patient*innen ist es, dass Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, die Patient*innen bereits behandeln, vom Bezugsbehandler für die Gewährleistung der Behandlungskontinuität in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung einbezogen werden und die Behandlung in der Regelversorgung nicht beendet werden muss.</p>
4	6	GKV	Streichen	<p>Der zwingende Einbezug einer Suchtklinik in den Netzverbund im Modell der GKV ist fernab der Versorgungsrealität. Hier könnte die Richtlinie maximal das Einweisungs- und Entlass-Management besser regeln, falls eine suchtttherapeutische Behandlung notwendig ist. Mit ambulanten Einrichtungen der Suchtbehandlung kann und muss man kooperieren. Sie sind aber nicht als Mitglieder des Netzverbundes vorzusehen.</p>
4	7 und 8	KBV	<p>Die Rechtsstruktur der Netze sollte bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen verankert werden.</p> <p>Der Entwurf der KBV ist zwingend durch eine Bestimmung zu ergänzen, die die Rechtsstruktur der Netze bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen verankert.</p>	<p>Damit ist die Meldung des Netzes genauso inbegriffen wie Veränderungen des aktuellen Status des Netzes. Die dafür notwendige Bürokratie ist schlank zu halten.</p> <p>Ein freier Zusammenschluss von Praxen zu einem Praxisnetz führt ohne abweichende Festlegung implizit zu einer GbR, bei der jede Praxis für die Verbindlichkeiten anderer Netzteilnehmer im Außenverhältnis, also z. B. gegenüber der KV oder der GKV, mithaftet. Die alternative Variante eines Zusammenschlusses unter dem Dach einer Kapitalgesellschaft (z. B. eines Krankenhausträgers) oder von privaten Investoren, wie sie in den Entwürfen nicht explizit ausgeschlossen ist, ist mit dem Risiko</p>

				verbunden, dass unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten Einfluss auf die Zusammensetzung des Netzes und die Ausgestaltung der Behandlungsangebote genommen werden kann. Beides lehnt der bvvp entschieden ab.
5	1 bis 3	KBV	Zustimmung	<p>Der Einschätzung der GKV-SV, dass Psychotherapeut*innen wegen eingeschränkter Steuerungsmöglichkeiten z.B. in der Medikamentenverordnung, die Behandlungsleitung nicht übernehmen können, widerspricht der bvvp ausdrücklich. Es ist gerade im Sinne dieser Richtlinie, dass die verschiedenen Berufsgruppen kooperieren und ihre unterschiedlichen Funktionsmöglichkeiten zusammenführen. Deshalb sollten Behandlungsteams so flexibel gestaltet werden können, dass sie den anstehenden Prioritäten gerecht werden. Je enger man die Möglichkeiten in der Formulierung fasst, desto weniger wird sich diese Richtlinie in der Behandlungsrealität umsetzen lassen.</p> <p>Auch Psychologische Psychotherapeut*innen können als Bezugstherapeut*innen fungieren und damit die fachliche Behandlungsleitung innehaben. Sie verfügen über die fachliche Kompetenz, auch über viele notwendige Verordnungsbefugnisse, v.a. bei komplexem psychotherapeutischem Bedarf. Fehlende Verordnungsbefugnisse können in einer guten interprofessionellen Netzstruktur problemlos in der kollegialen Zusammenarbeit ersetzt werden. Das Eingangsassessment kann selbstverständlich auch bei Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeut*innen stattfinden.</p> <p>Der Patient*innen-Wille ist somit bei der Behandlungsleitung unbedingt zu berücksichtigen, und die Behandlungskontinuität muss gewährleistet sein, auch wenn jemand z.B. bereits in Behandlung ist. Der Bezugsbehandler stellt je nach Bedarf Patient*innen-zentrierte und Patient*innen-individuelle Teams zusammen, mit den jeweils geeigneten Kooperationspartner*innen im Behandlungsteam. Diese Vorgehensweise ist sachgerecht.</p>



6	1	KBV	Zustimmung	Die Bezugsbehandler sind die zentralen Ansprechpartner und übergeordneten Koordinatoren. Die zusätzliche organisatorische Koordination wird eine Überforderung sein. Deshalb sind unkomplizierte und flexible Möglichkeiten der Delegation wichtig. Die organisatorische Koordination muss auch in der Form offen sein. Denkbar sind sowohl Anstellungen als auch die Tätigkeit in freier Mitarbeit. Diese Flexibilität ist vor allem mit Blick auf die unterschiedlichen Praxisstrukturen der notwendig beteiligten Kooperationspartner*innen wichtig.
6	2		Es wird angeregt, auch die Berufsgruppe der Heilpädagog*innen mit akademischem Abschluss für die koordinierenden Aufgaben zuzulassen.	Heilpädagog*innen sind in besonderer Weise für den Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen in der Teilhabe qualifiziert und können aus ihrer Expertise heraus sehr wertvolle Lösungsansätze entwickeln. Diese Berufsgruppe hat bereits im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Kompetenz unter Beweis gestellt, ebenso wie die Sozialarbeiter*innen / Sozialpädagog*innen mit akademischem Abschluss ohne Zusatzqualifikation als Soziotherapeut*innen.
6	3	GKV	Streichung	Es muss offener bleiben als es der GKV fordert, wie das Netz, das Behandlungsteam, die einzelne Praxis, die organisatorische Koordination gestaltet. Die GKV-Forderung der Anstellung einer Halbtagskraft wird abgelehnt, denn dieses Kriterium steht einer breiten Teilnahme, die der bvvp als essentiell erachtet, im Weg, da sie für viele Praxen eine Hürde darstellen würde.
7	1	KBV	Die Forderung nach einer Vermittlung in die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen ist eine hohe Hürde und bei in der Regel chronifizierten Patient*innen nicht erforderlich. Hier werden 14 Tage als angemessen angesehen.	Patient*innen geht es meistens schon deutlich besser, wenn sie erst einen Termin erhalten haben. Ein Zeitraum von 14 Tagen ist in aller Regel gut überbrückbar.

7	1	GKV	Streichung der Erreichbarkeit	Eine Erreichbarkeit innerhalb von 14 bzw. 24 Stunden ist unrealistisch. Bei der Erbringung keiner anderen Leistung der ambulanten Versorgung wird dies gefordert. Für die Zeit ab 18 Uhr ist der Bereitschaftsdienst zuständig. Die Erreichbarkeit kann über den ambulanten Notdienst und die Hotline 116 117 gesichert werden.
7	4	KBV	Streichung, dass der Netzverbundbeauftragte ein Mitglied des Netzverbundes sein kann.	Der „Netzverbundbeauftragte“ sollte ein KV-Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin sein mit der nötigen Organisationkompetenz im Bereich digitale Verwaltung und mit besonderem Blick auf die persönliche Vernetzung. Eine einzelne Praxis bzw. ein einzelnes Mitglied des Netzes übernimmt sich mit der Netzverbundbeauftragung.
8	2 und 3	KBV	Zustimmung	Das Eingangs-Assessment sollte besser Eingangssprechstunde genannt werden, schon um für die Patient*innen den Eindruck zu vermeiden, dass sie sich in einer Bewerbungssituation befinden, die sie bestehen müssen. Alle Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sollten überweisen oder empfehlen können, und auch ein Krankenhaus sollte zuweisen können.
8	6			Die Eingangssprechstunde sollte bereits innerhalb der neuen Richtlinie von einem / einer teilnehmenden Niedergelassenen durchgeführt werden, wie schon ausgeführt selbstverständlich auch von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen. Der / die Durchführende muss dann aber nicht zwingend Bezugsbehandler werden. Außerdem sollte der Bezugsbehandler auch irgendwann wechseln können, z.B. wenn sich der Schwerpunkt im Lauf der Behandlung von psychiatrischer auf psychotherapeutische Behandlung verlagert oder umgekehrt.
9	7	KBV	Zustimmung	Die aufsuchende multiprofessionelle Versorgung ist ein wichtiger Baustein und sollte durch alle Mitglieder des Netzverbundes möglich sein, also auch in Delegation durch den Bezugsbehandler. Diese Maßnahme ist wichtig als Brücke

				zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Sie kann stationärsersetzend oder stationärsvermeidend sein, aber auch die Indikationsstellung zur stationären Behandlung erleichtern. Der Leistungsanspruch ist bereits im Paragraphenteil zu verankern.
10	1	KBV	Zustimmung	Hier sind selbstverständlich auch Ärztliche und Psychologischen Psychotherapeut*innen zu nennen.
11				Die Aufgabenbereiche bzw. Begrifflichkeiten „Behandlungsplanung durch den Bezugsbehandler“ und „organisatorischer Koordination im Netzverbund“ werden sich auch mit Blick auf das Vertrauensverhältnis zu Patient*innen nicht immer ganz klar abgrenzen lassen. Die Behandlungsplanung und -übersicht ist genuine Aufgabe des Bezugsbehandlers. Dieser wird auch manches Gespräch im Netzverbund führen müssen. Dennoch muss er Teile der organisatorischen Koordination, je nach Bedarf und unter Berücksichtigung der im individuellen Fall einbezogenen Berufsgruppen, delegieren können. Auch hier ist auf niederschwellige Mindestkriterien zu achten, wie die Koordination geregelt und delegiert werden kann.
13	3	KBV	Streichen	Ein obligates externes Reassessment im Zweitmeinungsverfahren wird abgelehnt, weil die gemeinsame kollegiale Einschätzung im Verlauf bereits stattfindet. Kern der neuen Richtlinie ist die Behandlung im Team, bei der die Patient*innen-Behandlung regelmäßig in Fallkonferenzen besprochen und die Maßnahmen sowie Behandlungsziele überprüft werden. Dadurch findet bereits eine hinreichende Kontrolle statt. Eine zusätzliche externe Überprüfung bindet nicht nur Behandlungsressourcen, sondern verunsichert gerade auch schwer erkrankte Patient*innen. Dass gerade in einer Richtlinie, in der es um psychisch kranke Menschen geht, ein in der ambulanten Versorgung einmaliges Kontrollinstrument installiert werden soll, bezeugt ein generelles Misstrauen in diesen Versorgungsbereich. Das ist weder zielführend noch

				<p>sachgerecht, verbessert nicht die Qualität der Behandlung, fordert überflüssigerweise eigene Ressourcen und verursacht Reibung im System. Die entsprechende Passage ist deshalb zu streichen.</p> <p>Ein internes Reassessment kann festgelegt werden nach einer Zeit von zwei Jahren. Kürzere Abstände sind in der Behandlung von schwer psychisch Erkrankten nicht sinnvoll. Psychische Umstellungsprozesse sind langwierig.</p> <p>An dieser Stelle sei nochmal darauf hingewiesen, dass die Behandlungskontinuität auch nach Übergang in die Regelversorgung gewährleistet werden muss und dass gegebenenfalls auch eine Wiederaufnahme in die neue Richtlinie möglich sein muss. Genauso muss eine langfristige Behandlung innerhalb der neuen Richtlinie für chronisch Kranke und schwer beeinträchtigte Patient*innen möglich sein, bei denen die Prognose dann nur bedingt günstig ist.</p>
Anlage			Die Auflistung der KBV berücksichtigt alle relevanten Aspekte.	<p>Die neue Richtlinie erfordert einen neuen Leistungskatalog mit Leistungsmodulen, die über die Regelversorgung hinausgehen und die insbesondere die sehr aufwändigen Kooperationsleistungen berücksichtigen. Umfänge und Kontingente sollten schon in der Richtlinie verankert werden. Es sollte eine angemessene Versorgung von Patient*innen auch mit längerem Behandlungsbedarf ermöglicht werden in Form einer intensiven ambulanten Behandlung.</p> <p>Für einen Teil der Patient*innen, die für diese Richtlinie in Frage kommen, wird die reguläre Richtlinien-therapie zunächst nicht geeignet sein, sodass unbedingt neben den Kooperations- und Koordinationsleistungen auch neue Ziffern zur niederschweligen Behandlung geschaffen werden müssen. Gleichzeitig darf eine Richtlinien-therapie, auch Langzeittherapie, keinesfalls ausgeschlossen werden. Zentral muss hier die jeweilige Indikation des Bezugsbehandlers sein.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten bvvp e.V.		
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"/>

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

<b>Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p>Der Paritätische Gesamtverband begrüßt das Anliegen, die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf zu verbessern ausdrücklich. Dies wird durch eine verstärkte Einbindung von Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen erreicht. Gleichwohl bleibt die Herausforderung, eine nahtlos ineinandergreifende und den Bedarfen der Patient*innen gerechte Versorgungsstruktur zu schaffen. Der zu versorgende Personenkreis hat in der Regel Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V wie dem SGB IX. Der vorliegende Beschlussentwurf schöpft die Möglichkeit der Verzahnung von Leistungen nach dem SGB V und SGB IX nicht aus. In der Folge werden u.a. Doppelstrukturen in der Versorgung nicht konsequent vermieden.</p> <p>Der Paritätische weist darüber hinaus darauf hin, dass eine Behandlung umso erfolgversprechender ist, wenn Patient*innen aktiv an Entscheidungen beteiligt werden. Einige Vorschläge des vorliegenden Entwurfs sehen lediglich eine „Abstimmung“ mit den Leistungsberechtigten vor, hier ist aus Sicht des Paritätischen ihre Zustimmung zum Kriterium zu machen.</p>				
1	2	KBV/DKG/PatV	Die Ergänzung „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“ sollte übernommen werden	Um die intendierte Zielgruppe zu erreichen muss die Angebotsstruktur niedrigschwellig sein.
1	2	KBV/DKG/GKV-SV	Nr. 3 streichen	Kontraproduktive Regelung

1	3		Nr. 9	Das hier zum Ausdruck gebrachte Ziel ist zentral für eine gute Versorgung im Sinne des vorliegenden Beschlusssentwurfs, die vorgesehenen Regelungen sind aber nicht ausreichend, dieses Ziel zu erreichen.
2		KBV/DKG/PatV	Zustimmung	Eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit sollte sich entwickeln können, sie zur Bedingung zu machen schließt Personen von der Leistung aus, die ggf profitieren könnten. Damit Leistungen frühzeitig und in akuten Krisen erbracht werden können, ist es darüber hinaus sinnvoll, die Patientengruppe nicht auf Personen zu beschränken, bei denen Krankheitssymptome bereits über einen längeren Zeitraum bestehen.
2	2	KBV/DKG/PatV	Zustimmung	
3	4 Nr. 3	GKV-SV/PatV	Zustimmung	Auf diese Weise lassen sich Doppelstrukturen am sinnvollsten vermeiden.
4	1	GKV-SV/DKG/PatV	Zustimmung	Die Regionalität des Netzverbundes garantiert den notwendigen Sozialraumbezug.
4	2	KBV/DKG/PatV	nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend	
4	2	KBV/PatV	oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten	Die Leitung auf Bezugsärzt*innen zu beschränken ist nicht notwendig, ggf. ist der Bezug eher zu einem/einer Psychotherapeut*in gegeben.
4	2	PatV	Und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 5	
4	3	PatV	Zustimmung	Um wirklich regionale Netzwerkstrukturen zu ermöglichen, dürfen die Anforderungen an die Zahl der Vertreter*innen einzelner Berufsgruppen nicht zu hoch sein, gleichzeitig wäre die Beschränkung auf Fachärzt*innen und

				Psychotherapeut*innen für die Möglichkeit Komplexbehandlungen zu erbringen nicht ausreichend.
4	5	PatV	Zustimmung	In diesem Vorschlag sind die für schwer psychisch Erkrankte relevanten Leistungserbringer genannt, auch über das SGB V hinaus. Dies entspricht der Lebensrealität der Zielgruppe.
4	8	PatV	Zustimmung	Enthält eine sinnvolle Regelung zum konstruktiven Umgang mit der Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen für einen Netzwerkverbund.
4	10	PatV	Zustimmung	Einbezug von Leistungserbringer*innen über den bestehenden Netzwerkverbund hinaus sind im Einzelfall sinnvoll. Unklar bleibt, warum dies nur in Ausnahmefällen geschehen soll. Sinnvoller wäre eine Formulierung, die auf den Einzelfall und den Wunsch der leistungsberechtigten Person abhebt.
5	1	PatV	Zustimmung	Die Nennung der Bezugspsychotherapeut*innen ist folgerichtig, ebenso die Berücksichtigung der psychiatrischen Institutsambulanzen.
5	2	PatV	Zustimmung	Diese Regelung erlaubt in der Praxis das Höchstmaß an Flexibilität. Ergänzen um: „Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“
5	3	KBV	Ablehnung	Diese Regelung schränkt die Flexibilität in der Praxis unnötig ein.
5	5	KBV/PatV	Zustimmung	
6	1 Nr. 1-3	PatV	Zustimmung	
6	2 Nr. 5-8	GKV-SV/PatV	Zustimmung	Sachgerechte Erweiterung
7	1 Nr. 2	KbV/DKG/PatV	Zustimmung	Sinnvolle Vorgabe
7	1 Nr. 7	PatV	Zustimmung	Da Krisensituationen rund um die Uhr auftreten können, muss eine entsprechende Erreichbarkeit gewährleistet sein.
8	2	PatV	Zustimmung	Je weiter der Kreis derjenigen gefasst ist, die den Kontakt zum Netzwerkverbund herstellen können, umso mehr Personen werden von der Leistung profitieren. Der



				Zugang ist auf diese Weise niedrigschwellig gestaltet. Dementsprechend sollten hier auch Leistungserbringer der Eingliederungshilfe ergänzt werden.
10	3	PatV	Zustimmung, allerdings ist die Abstimmung mit dem/der Patienten/Patientin nicht ausreichend, hier ist ihre Zustimmung erforderlich.	Für einen erfolgreichen Prozess ist die Zustimmung des/der Patient*in unabdingbar.
11		PatV	Zustimmung	

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

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

Arbeitskreis der Chefarzte*innen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern Deutschlands (ackpa)				
25.01.2021				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1	2	alle - „besser als bestehend“	Eine bessere Verknüpfung bestehender Versorgungsformen.	<p>Es ist zu begrüßen, dass sich der Gesetzgeber und der G-BA mit der Verbesserung der Behandlungssituation von Menschen befassen, die von schweren Verläufen psychischer Erkrankungen betroffen sind und sich in dem fragmentierten System psychosozialer Hilfen in unserem Gesundheitssystem schwer zurechtfinden.</p> <p>Unverständlich ist aus Sicht von ackpa warum zur Erreichung dieses Ziels der Weg einer neuen Versorgungsform mithilfe eines Konstruktes von Netzverbänden beschritten werden soll.</p> <p>Unserer Auffassung nach wäre eine Stärkung der koordinativen Aufgaben der Psychiatrischen Institutsambulanz, die nach § 118 SGB V ermächtigt sind, für diese Personengruppe zielführender. Die Aufgabe, diese Koordination in Richtung der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten zu erweitern, könnte für alle Beteiligten mit der Verwendung entsprechender Gebührensatzungen in den jeweiligen Abrechnungssystemen realisiert werden. Dadurch könnte die Hilfeplanung und -umsetzung in größeren Systemen für diese Patient*innengruppe mit einer auskömmlichen Finanzierung ohne überbordenden bürokratischen Aufwand unterstützt werden.</p> <p>Mit dem nun vorliegenden Beschluss wurde eine neue Versorgungsform mit administrativen Inhalten geschaffen, wo es galt, die bestehenden Versorgungsformen besser</p>

				<p>zusammenzufassen und Synergien zu befördern. Diese inzwischen typisch zu nennende Form der Antwort auf die strukturelle Grundlage unseres Gesundheitssystems zeigt daher bekannte Probleme vorangegangener Regelungen: kleinteilige Kontrolle von Teilschritten, überbordende Regularien und zusätzlicher administrativer Aufwand mit dem explizierten Ziel, eine Verbesserung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure zu erreichen. Diese Form eines Verbesserungsversuches kann dem Aufeinandertreffen von komplexen Patient*innenbedarfen und komplexen Helfer*innensystemen nicht gerecht werden. Unsere Patient*innen und deren Bezugspersonen benötigen flexible personenzentrierte und in der Therapieprozessbegleitung fachkundige Expertise, die in der Lage ist, sich auf diskontinuierliche Verläufe angemessen einzustellen. Wenn diese Versorgungsform diesen Auftrag anders als in der vorliegenden Fassung mit einbeziehen soll, ist eine Überarbeitung der Richtlinie in ihrer Gänze zwingend notwendig. Ein Vorschlag dazu ist in dem DGPPN-Modell für eine gestufte und koordinierte Versorgung zu finden (DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Versorgung (S.20) <a href="http://www.dgppn.de/leitlinien&amp;publikationen/dossier.html">www.dgppn.de/leitlinien&amp;publikationen/dossier.html</a>)</p>
1	2	KBV/DKG/PatV- „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur...“	Zeitnaher Zugang und hohe Hürden zu einer solchen Versorgungsform sind entgegengesetzte Anforderungen. Dieses Ziel ist mit der Versorgungsform, die in dieser Richtlinie entwickelt wird, nicht zu erreichen. Die Richtlinie bedarf daher in Gänze der grundsätzlichen Überarbeitung.	<p>Verbesserungsbedürftig ist insbesondere der zeitnahe Zugang zu berufsgruppenübergreifender, koordinierter und strukturierter Versorgung für Menschen, die an schwerwiegenden psychischen Störungen leiden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für chronische Verläufe behaftet sind und daher häufig mit Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft einhergehen.</p> <p>Aus Sicht von ackpa sind Menschen, deren umfassender Versorgungsbedarf bereits bekannt ist, im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen bereits jetzt gut zu versorgen. Zu verbessern wäre die Möglichkeit der Wahrung therapeutischer Kontinuität (vorbestehende psychiatrisch –psychotherapeutische Behandlung im KV-Bereich bei Verschlechterung), ergänzende Gruppenangebote durch eine PIA sowie die Vergütung des</p>

				<p>Austausches zwischen den Akteuren mit Patient*innen und ihren Angehörigen in Form von Netzwerk- und/ oder Hilfeplangesprächen auch rechtskreisübergreifend im Kontext der erbrachten Hilfe (aufsuchend in der Häuslichkeit oder z.B. in der Praxis oder Ambulanz) durch entsprechend veränderte Vorgaben (Umgang mit sog. Doppelstrukturen) und eine Einführung von entsprechenden Vergütungsziffern.</p> <p><b>Das, was der hier formulierten Zielstellung zuträglich wäre, wird mit dieser Richtlinie verfehlt.</b></p> <p>Prüfung von Zuständigkeiten, wie z.B. Feststellung von Subsidiarität, führt in aller Regel zu Zeitverzug und ist daher dem Zweck nicht dienlich. Komplexe Unterscheidungen, welche PIA im Sinne dieser Richtlinie welche vertragliche Bindung hat, sind für die Verfügbarkeit der Akteure in der Region daher ebenfalls nicht zweckdienlich und aus unserer Sicht abzulehnen (siehe auch § 5.6 und 11 dieser Richtlinie).</p> <p>(siehe auch Tragende Gründe KBV zu § 1:</p> <p>„...Die Komplexversorgung tritt somit explizit nicht an die Stelle bestehender Versorgungsangebote wie das der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Diese werden weiterhin insbesondere dann subsidiär tätig, wenn die Therapieziele mit den Mitteln der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V nicht erreicht werden können oder aber die zur Verfügung stehenden Ressourcen des Netzverbundes nicht ausreichen.“)</p>
2	1	GKV-SV	Menschen, die an psychischen Störungen leiden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für chronische Verläufe behaftet sind und daher häufig mit Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft einhergehen.	Hier bestimmte Diagnosen zu nennen, ist willkürlich und inkonsistent. Ebenso beschreiben bereits eingetretene erhebliche Einschränkungen (z.B. GAF-Wert) Zustände, die sensu § 1 verhindert werden sollen. Auf Abs. 2 kann dann verzichtet werden.

2	2	GKV-SV „Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit. „	Streichung dieser Voraussetzung	Begründung: Die „Mitwirkungsfähigkeit“ (cave: dieser Begriff ist in der Tendenz entwertend!) ist in dieser Patient*innengruppe sehr häufig beeinträchtigt. Diese Voraussetzung ist daher inkonsistent: wer das kann, erhält (irgendwann) auch die Hilfen, die benötigt werden
3	1	KBV „Fachärzte für Neurologie“	Diese Facharztgruppe sollte hier nicht genannt werden.	Das sog. Fremdjahr im Gebiet Psychiatrie & Psychotherapie im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt/ärztin für Neurologie ist in erste Linie dazu gedacht, die differentialdiagnostischen Kenntnisse im Übergang zwischen den Fachgebieten zu vermitteln und einen Einblick in die therapeutischen Möglichkeiten des Faches zu geben. Die Kompetenzen zur Durchführung komplexer Diagnostik- und Behandlungsprozesse bei schwer erkrankten Patient*innen können in diesem begrenzten Umfang nicht erworben werden.  Bei der Frage der Empfehlung (siehe § 8) ist dies aus unserer Sicht anders zu beurteilen.
3	2+3	GKV-SV	Eine strukturierte und koordinierte Versorgung dieser Patient*innengruppe erfordert das Prinzip der Regionalen Verantwortung und die enge Zusammenarbeit mit den jeweilig vor Ort versorgenden Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit ihren Institutsambulanzen.	Hier wird der gesetzliche Auftrag der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA (§ 118 SGB V Abs. 1 und 2) infrage gestellt. Die hier beschriebene neue Versorgungsform ist zweckdienlich ohne diesen Auftrag der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (§118 SGB V, Abs.2) und in Fachkrankenhäusern mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (§118 SGB V, Abs. 1) nicht denkbar. Grundsätzlich vertritt ackpa die Auffassung, dass eine strukturierte und koordinierte Versorgung dieser Patient*innengruppe ohne die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit ihren Institutsambulanzen nicht möglich ist und diese daher als Teil des Behandlungsangebots unverzichtbar sind.
3	5	DKG: „Für jeden Leistungserbringer gelten die jeweiligen	Der Vorschlag der DKG ist unbedingt zu übernehmen	Es ist notwendig, unmissverständlich klar zu stellen, dass bestehende und funktionierende Unterstützungssysteme nicht aufzulösen oder zu gefährden sind. Vielmehr ist die Abstimmung untereinander gemeinsam mit den Patient*innen z.B. mithilfe von

		leistungsrechtlichen Grundlagen“		Netzwerkgesprächen und Hilfeplankonferenzen zu fördern. Diese Leistungen sind zu vergüten. Daher ist bei Überarbeitung der Richtlinie darauf hinzuwirken, dass ergänzende Einzel- oder Komplexleistungen der Kontextarbeit in die bestehenden Vergütungssysteme der beteiligten Akteure eingefügt werden.
4	3	GKV-SV, DKG, KBV, Pat-V	Die vor Ort an der Versorgung beteiligten Akteure arbeiten in geeigneten Konsultationsformen wie z.B. Netzwerkgesprächen und Hilfeplankonferenzen kontinuierlich zusammen. Ziel ist die hilfreiche Verknüpfung der unterschiedlichen Unterstützungsangebote für die jeweiligen Patient*innen. Die Patient*innen und ihre nächsten Bezugspersonen werden in diesen Prozess und dessen Begleitung zentral eingebunden.	Die genannten Teilnehmenden der Netzverbände (insbesondere KBV-Vorschlag) gehen an einer realistischen Umsetzung dieser Versorgungsform im gesamten Bundesgebiet völlig vorbei. Aktuell wäre so etwas nur umsetzbar in Ballungsräumen oder in Großstädten. Aber auch dort dauert es aktuell in der Regel ein Jahr bis ein Mensch mit einer psychotischen Ersterkrankung eine fachkundige Behandlung erhält. Organisational muss die Einführung einer neuen Versorgungsform aber grundsätzlich unabhängig vom besonderen Engagement und Willen einzelner Akteure sein. Dies ist bei der hier dargestellten Regelung nicht zu erwarten. Insbesondere die Umsetzung in bundesländerübergreifenden Regionen erscheint völlig unrealistisch, wenn z.B. auch noch mehrere KV` en zu beteiligen wären.
4	4	GKV-SV	Siehe Änderungsvorschlag zu Abs.3, in dessen Logik Abs. 4 entfallen müsste. Es gilt also gleichermaßen: „ Die vor Ort an der Versorgung beteiligten Akteure arbeiten in geeigneten Konsultationsformen wie z.B. Netzwerkgesprächen und Hilfeplankonferenzen kontinuierlich zusammen. Ziel ist die hilfreiche Verknüpfung der unterschiedlichen Unterstützungsangebote für die jeweiligen Patient*innen. Die Patient*innen und ihre nächsten Bezugspersonen werden in diesen Prozess und dessen	Grundsätzlich ist eine Versorgung der genannten Patient*innengruppe nur mit Beteiligung der regional versorgenden Krankenhäuser und deren Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit einer Institutsambulanz nach § 118 Abs. 1 oder 2 SGB V denkbar. Jede andere Regelung geht an den Bedarfen und Bedürfnissen dieser Patient*innengruppe vorbei und wird daher von ackpa nicht unterstützt.

			Begleitung zentral eingebunden.“	
4	6	GKV-SV	dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen	Dieser Absatz beschreibt eine Überregulierung und zusätzliche Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen: Die Störungsgruppen des Kapitels F1 der ICD 10 sind psychische Störungen und damit Teil des psychiatrischen Fachgebietes. Sonderregelungen sind daher weder notwendig noch zweckdienlich.
4	7+8	GKV-SV, KBV	Die zuständigen und ggf. in der Region angrenzenden KVn werden über die Form und Organisation der regelmäßigen Zusammenarbeit der Akteure für diese Patient*innengruppe informiert.	Wenn eine vernetzte Zusammenarbeit aller versorgenden Akteure in der Region Erfolg haben soll, sind die genannten KVn hierüber zu informieren um diese Vernetzung in den jeweiligen Mitgliedergruppen zu vermitteln und bekannt zu machen sowie fortlaufend zu aktualisieren. Eine Genehmigungspflicht dieser Kooperation besteht aus unserer Sicht nicht und würde zudem eine weitere Hürde darstellen.
5		KBV „Bezugsarzt / Bezugspsychotherapeutin“	Bezugsarzt/ärztin	Da es sich um schwergradig erkrankte Patient*innen handelt, halten wir es für wesentlich, dass es eine/n kontinuierlichen ärztliche/n Behandler/in gibt, der für Fragen ärztlicher Stellungnahmen, Pharmakotherapie und Indikationsstellung von Behandlungsformen zuständig ist. Diese Funktion kann durch eine/n Psychotherapeutin/en nicht ausgefüllt werden.
6	1	GKV-SV, Pat.-V. „nichtärztliche koordinierende Person“	Aus der Gruppe der an der Behandlung eines Patienten beteiligten Akteure entscheidet sich der Patient/in für eine koordinierende Bezugsperson.	Eine neue Schnittstelle ist abzulehnen. Diese Funktion kann und wird durch Mitarbeitende einer PIA schon jetzt oft eingenommen und ist als Anreiz in die Vergütungssysteme zu übernehmen. Siehe auch Tragende Gründe: Die kleinteiligen Aufgabenvorschläge insbesondere des GKV-SV sind maximal intrusiv für die Zielgruppe und damit kontraproduktiv. Zugespitzt: Patient*innen die das können, brauchen diese Versorgungsform nicht.
7		GKV-SV	In kontinuierlicher Auftragsklärung und Therapieprozessevaluation ist gemeinsam mit den	Der Paragraph ist in Gänze überreguliert. Mehr Administration wird zu weniger hilfreicher bedarfs- und bedürfnisorientierter konkreter Arbeit führen und ist kontraproduktiv für Recovery und

			Patient*innen und ihren Bezugspersonen zeitnah zum entstandenen Bedarf die Form der Zusammenarbeit zu vereinbaren und im Verlauf anzupassen.	Empowerment dieser Patient*innengruppe. Siehe auch Tragende Gründe
8		alle	Alle an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Region beteiligte Akteure sind für diese Patient*innengruppe zuständig und beteiligen sich an der Zusammenarbeit. Die Empfehlung für eine vernetzte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte allen ärztlichen Fachdisziplinen möglich sein.	Die Latenz zwischen Kontakt mit dem Hilfesystem und zeitnaher Aufnahme einer vernetzten Behandlung in der genannten Patient*innengruppe muss unbedingt verkürzt werden. Zugangshürden müssen daher umfassend beseitigt werden.
9		GKV-SV	Am Einzelfall orientierte Vorgehensweisen werden mit Patient*innen und ihren Bezugspersonen erarbeitet. Dies beinhaltet auch das Angebot von aufsuchenden Hilfen.	Anreize zur einseitigen Bereitschaft für aufsuchende Arbeit auf Seiten der Helfer sollten geschaffen werden, aber keine Pflicht, diese in der Häuslichkeit zu empfangen und schon gar nicht in der Häufigkeit von Hausbesuchen oder Kontakten (siehe Tragende Gründe). Der Begriff der „Eignung“ des häuslichen Umfeldes ist entwertend und ausgrenzend und daher unbedingt zu streichen.
11		GKV-SV	Die Vorgehensweise ist unter den Prinzipien von maximaler Flexibilität und Personen-/ Kontextorientierung mit den Patient*innen und Bezugspersonen in geeigneten Formen von Netzwerkgesprächen zu vereinbaren und im	Detaillierte Vorgaben sind inakzeptabel, da in Abhängigkeit von Bedarf und Bedürfnis von Patient*innen und Kontext im Verlauf zu entscheiden ist. Gesamtplanungen sind sperrige Konstrukte, die dieser Aufgabe nicht gerecht werden können.



			Behandlungsprozess anzupassen.	
13		GKV-SV	<p>Die Vorgehensweise ist anlassunabhängig z.B. im Rahmen von Netzwerk- und Hilfeplangesprächen gemeinsam mit den Patient*innen und ihren Bezugspersonen anzupassen oder fortzuschreiben. Die persönliche Kontinuität in der Behandlung ist auch bei der Beendigung von Behandlungsprozessen mit den Patient*innen zu wahren, wenn sie selbst dies als hilfreich erleben. Unbedingt ist über die Dauer der Unterstützung im Einzelfall in Würdigung und Abwägung von Bedarf und Bedürfnis der Patient*innen zu entscheiden. In nicht anlassbezogenen Netzwerkgesprächen soll daher mit den Patient*innen regelmäßig überprüft werden, welche Hilfen sich als nützlich erwiesen haben, welche nicht mehr gebraucht werden und welche es für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung von erreichten Teilschritten unbedingt zu bewahren gilt und wie diese fortgeführt werden können.</p>	<p>Die hier formulierten Regelungen setzen Anreize, dass schwer zu erreichende Patient*innen diese Versorgungsform nicht angeboten bekommen und sie dann auch nicht erhalten. Die Zielerreichung von 1 Jahr ist bei o.g. Verläufen zu kurz bemessen. Der Paragraph setzt eindeutige Fehlanreize dafür, dass Besserungen nicht stabil werden, weil dadurch die persönliche Kontinuität der Behandlung gefährdet würde. Gerade schwer kranke Patienten haben eine feinfühligere Intuition für solche Paradoxien und durch die aus ihnen entstehende intrapsychische Spannung wird die Aufrechterhaltung von Psychopathologie gefördert. Der Abschnitt ist daher in der vorliegenden Form kontraproduktiv und führt am Ziel (§ 1) vorbei.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Arbeitskreis der Cheförzte\*innen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an  
Allgemeinkrankenhäusern Deutschlands (ackpa)

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"/>

An den  
Gemeinsamen Bundesausschuss  
Postfach 12 06 06  
  
**10596 Berlin**

Berlin, den 25. Januar 2021

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

Sehr geehrte Frau Dr. Pfennig,  
in der Anlage erhalten Sie die Stellungnahme unserer Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) zum o.g. Beschlussentwurf. Wir freuen uns, dass wir Gelegenheit haben, unsere Erfahrungen und Expertise hinsichtlich der ambulanten Komplexbehandlung schwer psychisch kranker Menschen durch ein multiprofessionelles Netz aus Fachärzten, Psychotherapeuten, psychiatrischen Pflegekräften, Soziotherapeuten etc. einzubringen!

Ein paar kurze Worte zu unserer Organisation: Der gemeinnützige Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. hat seit 2006 in Berlin und gemeinsam mit der PIBB seit 2008 auch in Brandenburg im Rahmen integrierter Versorgungsverträge nach § 140 a ff ein berufsübergreifendes Versorgungsnetz aufgebaut, praktiziert seitdem die ambulante Komplexbehandlung für psychisch kranke Menschen und hat insofern vielfältige Erfahrungen in diesem Bereich sammeln können. Im Jahr 2019 ist das Netz im Rahmen eines bundesweiten IV-Vertrags auch in Sachsen-Anhalt und einer Region von Mecklenburg-Vorpommern tätig geworden. Seit 2014 ist das PIBB-Netz als bundesweit erstes Arzt-Netz im Bereich Psychiatrie nach § 87b Abs. 4 SGB V zertifiziert und 2019 erfolgreich rezertifiziert worden.

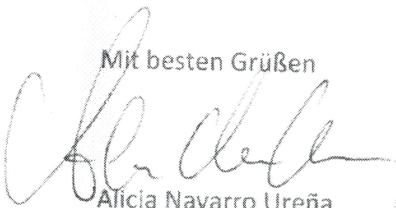
Für die inhaltliche Ausgestaltung der Erstfassung der Richtlinie sind uns einige Eckpunkte besonders wichtig, die wir deshalb hier erwähnen möchten:

Für die inhaltliche Ausgestaltung der Erstfassung der Richtlinie sind uns einige Eckpunkte besonders wichtig, die wir deshalb hier erwähnen möchten:

- Die Definition der Zielgruppe der Patienten darf sich nicht ausschließlich an ausgewählten Diagnosen nach ICD 10 orientieren, sondern muss vielmehr die Funktionsfähigkeit und Teilhabemöglichkeiten zur Grundlage haben.
- Die Kooperation zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungssektor sollte möglichst konkret und mit verbindlichen Absprachen geregelt werden (insbesondere, aber nicht nur bei Aufnahme und Entlassung eines Patienten).
- Wenn die hier adressierte Zielgruppe der schwer psychisch Kranken adäquat unterstützt werden soll und deren Teilhabemöglichkeiten verbessert werden sollen, müssen unbedingt rechtskreisübergreifend auch Maßnahmen und Dienste außerhalb des Wirkungsbereiches SGB V bei der Behandlungsplanung und Koordination einbezogen werden.
- Die Größe und konkrete Ausgestaltung der Netzverbände wird sicherlich in Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten variieren, da die Versorgungssituation der ländlichen Regionen eine gänzlich andere als die der städtischen Ballungsräume ist. Demzufolge muss die Mindestausstattung der Netzverbände einerseits so groß sein, dass tatsächlich eine Kooperation und Vernetzung gewährleistet ist, und andererseits jedoch die Messlatte hinsichtlich der Mindestausstattung nicht zu hoch angesetzt ist, weil dann die Etablierung in manchen regionalen Gebieten erschwert, wenn nicht unmöglich wird.

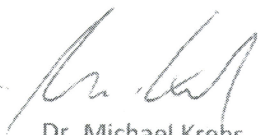
Wir würden uns freuen, wenn wir Ihnen unsere Erfahrungen und Vorstellungen auch in der mündlichen Anhörung noch einmal vertieft darlegen können!

Mit besten Grüßen



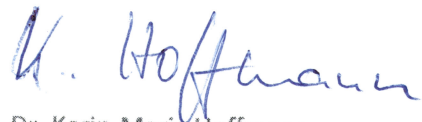
Alicia Navarro Ureña

Geschäftsführerin



Dr. Michael Krebs

Geschäftsführer



Dr. Karin-Maria Hoffmann

Management, Qualität und  
Projektentwicklung

Anlage

An den  
Gemeinsamen Bundesausschuss  
Postfach 12 06 06

**10596 Berlin**

Berlin, den 25. Januar 2021

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

Sehr geehrte Frau Dr. Pfennig,  
in der Anlage erhalten Sie die Stellungnahme unserer Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) zum o.g. Beschlussentwurf. Wir freuen uns, dass wir Gelegenheit haben, unsere Erfahrungen und Expertise hinsichtlich der ambulanten Komplexbehandlung schwer psychisch kranker Menschen durch ein multiprofessionelles Netz aus Fachärzten, Psychotherapeuten, psychiatrischen Pflegekräften, Soziotherapeuten etc. einzubringen!

Ein paar kurze Worte zu unserer Organisation: Der gemeinnützige Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. hat seit 2006 in Berlin und gemeinsam mit der PIBB seit 2008 auch in Brandenburg im Rahmen integrierter Versorgungsverträge nach § 140 a ff ein berufsübergreifendes Versorgungsnetz aufgebaut, praktiziert seitdem die ambulante Komplexbehandlung für psychisch kranke Menschen und hat insofern vielfältige Erfahrungen in diesem Bereich sammeln können. Im Jahr 2019 ist das Netz im Rahmen eines bundesweiten IV-Vertrags auch in Sachsen-Anhalt und einer Region von Mecklenburg-Vorpommern tätig geworden. Seit 2014 ist das PIBB-Netz als bundesweit erstes Arzt-Netz im Bereich Psychiatrie nach § 87b Abs. 4 SGB V zertifiziert und 2019 erfolgreich rezertifiziert worden.

Für die inhaltliche Ausgestaltung der Erstfassung der Richtlinie sind uns einige Eckpunkte besonders wichtig, die wir deshalb hier erwähnen möchten:

- Die Definition der Zielgruppe der Patienten darf sich nicht ausschließlich an ausgewählten Diagnosen nach ICD 10 orientieren, sondern muss vielmehr die Funktionsfähigkeit und Teilhabemöglichkeiten zur Grundlage haben.
- Die Kooperation zwischen dem stationären und dem ambulanten Versorgungssektor sollte möglichst konkret und mit verbindlichen Absprachen geregelt werden (insbesondere, aber nicht nur bei Aufnahme und Entlassung eines Patienten).
- Wenn die hier adressierte Zielgruppe der schwer psychisch Kranken adäquat unterstützt werden soll und deren Teilhabemöglichkeiten verbessert werden sollen, müssen unbedingt rechtskreisübergreifend auch Maßnahmen und Dienste außerhalb des Wirkungskreises SGB V bei der Behandlungsplanung und Koordination einbezogen werden.
- Die Größe und konkrete Ausgestaltung der Netzverbände wird sicherlich in Abhängigkeit von den regionalen Gegebenheiten variieren, da die Versorgungssituation der ländlichen Regionen eine gänzlich andere als die der städtischen Ballungsräume ist. Demzufolge muss die Mindestausstattung der Netzverbände einerseits so groß sein, dass tatsächlich eine Kooperation und Vernetzung gewährleistet ist, und andererseits jedoch die Messlatte hinsichtlich der Mindestausstattung nicht zu hoch angesetzt ist, weil dann die Etablierung in manchen regionalen Gebieten erschwert, wenn nicht unmöglich wird.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihnen unsere Erfahrungen und Vorstellungen auch in der mündlichen Anhörung noch einmal vertieft darlegen können!

Mit besten Grüßen

Alicia Navarro Ureña

*Geschäftsführerin*

Dr. Michael Krebs

*Geschäftsführer*

Dr. Karin-Maria Hoffmann

*Management, Qualität und  
Projektentwicklung*

*Anlage*

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

---

<b>PIBB = Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg</b>				
<b>25.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2	KBV/DKV/PatV	Psychosozial ergänzen: ...psychiatrischen, psychosozialen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbedarf.	SGB V Leistung § 43b: ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sollten hier einbezogen werden
2	3		7. Festlegung verbindlicher koordinierender Maßnahmen beim Übergang zwischen stationären und ambulanten Versorgungssektoren  8. Versorgung auch im Lebensumfeld mit Einbezug des sozialen Netzes	Zu 7. Notwendig sind konkrete Maßnahmen und Prozesse bei jeglichem Wechsel zwischen ambulantem und (teil-) stationärem Sektor, also vor/nach Aufnahme und vor/nach Entlassung.  Zu 8. Wichtig ist, dass die Versorgung auch

			9. ...anderen Einrichtungen des SGB V (§43b) und anderer Rechtskreise	<p>im Lebensumfeld des Pat. erfolgen kann, z. B. mit Hilfe aufsuchender Leistungen.</p> <p>Um die Teilhabe zu verbessern, ist es sinnvoll und notwendig, die Koordination ggf. auf andere Rechtskreise (SGB II+VI+XII+VII) auszuweiten</p>
2	2	GKV	Wir empfehlen <b>keine</b> Einschränkung der ICD-10-F-Diagnosen	Bei allen ICD-10-F-Diagnosegruppen gibt es Verläufe, wo die Funktionsfähigkeit zeitweise oder für einen längeren Zeitraum eingeschränkt ist oder wo nach dem ICF Fähigkeitsstörungen vorliegen, die zu einer verminderten Teilhabe in allen Lebensbereichen führen. Daher stellt die Diagnose allein kein sinnvolles Kriterium zur Beschreibung der Zielgruppe dar.
2	2	KBV/DKG/PatV	...vor, die zu einer verminderten Teilhabe nach dem ICF führt bzw. einem GAF-Wert von <50 zur Folge hat	s.o. Es sollte eine Wahl zwischen beiden Instrumenten möglich sein. Eine deutliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit liegt bei einem GAF-Wert ≤ 50 vor in Analogie zur Voraussetzung der Verordnungsfähigkeit von psych. Pflege und Soziotherapie.
3	1	KBV/PatV	<p><b>Neurologen</b> herausnehmen</p> <p>Unbedingt ergänzen: Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie</p>	<p>Diese FA-Gruppe verschlüsselt keine F-Diagnosen und behandelt die hier angesprochen Patientengruppe nicht. Sie hat häufig keine hinreichende Kenntnis der erforderlichen S3-Leitlinien.</p> <p>Es praktizieren noch Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie (ohne den Zusatz <i>Psychotherapie</i>)</p>



4	1		Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung durch diese RL ist ein regionaler Netzverbund, der eine wohnortnahe intersektorale, berufsübergreifende Versorgung verantwortet und durch Kooperationsverträge zwischen den Leistungserbringern nach Abs.3 sichert.	Der Verweis auf die wohnortnahe <i>und</i> regionale Versorgung ist für eine inhaltliche und praktikable Umsetzung sinnvoll, insbesondere für unterversorgte Regionen, in denen erst entsprechende Strukturen aufgebaut werden müssen.
4	2	KBV/PatV	Satz 2: KBV Vorschlag (...in einem patientenindividuellem Behandlungsteam) nicht berücksichtigen  Zusatz übernehmen: oder einer Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten	Dies ist nicht in jedem Fall erforderlich.  Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen gleichermaßen wie die oben aufgeführten Fachärztinnen und Fachärzte als Verantwortliche aufgeführt werden.
4	3	PatV	Der Netzverbund besteht 1. mindestens aus 5 Fachärztinnen/Fachärzten für a)+b)+c)+ <b>Psychiatrie, aber keine Neurologen</b>  Punkte 2, 3, 4 wie aufgeführt übernehmen.  Die Mitglieder des Netzverbundes schließen Kooperationsverträge miteinander ab.	Kooperationsverträge dienen einer partnerschaftlichen, vertrauensvollen und verbindlichen Zusammenarbeit im Netzverbund.
4	3	PatV	Position des PatV wird favorisiert mit folg. Änderungen:  5 Fachärztinnen und Fachärzten für a) Psychiatrie und Psychotherapie, b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, d) Psychiatrie mit mind. der Hälfte des üblichen Versorgungsauftrags.	Hier handelt es sich um die Mindestausstattung, um den komplexen Behandlungsauftrag erfüllen zu können Dies entspricht den langjährigen Erfahrungen in dem eig. Netzverbund als untere Grenze. Andererseits sollte die Mindestanzahl auch nicht zu hoch liegen wie etwa bei

				dem Vorschlag der KBV (15 FÄ), da insbesondere in Flächenländern ein regelmäßiger Austausch nicht möglich ist.
4	4	KBV/DKG	<p>Voraussetzung für ....</p> <p>2...sowie mindestens einem Pflegedienst mit mindestens einer Fachpfleger (besser mehrere) für psychiatrische Versorgung.</p> <p>3. einem psychosozialen Trägerverein mit zugelassenen Sozialtherapeuten sollte obligat sein, um die angestrebte Vermeidung/Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und die Teilhabe in allen Lebensbereichen zu fördern.</p>	<p>Zu 2) Eine Netzverbundarbeit braucht die Teilnahme von Fachpflegediensten, um die Versorgung im Lebensumfeld bei Krisen (Suizidalität mit Absprachefähigkeit), die mehrfaches Aufsuchen und Stützen des P. erfordern,</p> <p>Zu 3) Die soziale Integration bedarf u.a. einer Verbesserung sozialer Fähigkeiten durch psychosoziale-sozialtherapeutische und rehabilitativen Maßnahmen (S3-Leitlinie Psychosoziale Versorgung). In vielen Regionen mangelt es sowohl an Fachpflegediensten als auch Sozialtherapeuten. Diese Richtlinie kann den Aufbau dieser Strukturen fördern .</p>
4	4	DKG/KBV	Ergänzen: Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7 und Inhalte der näheren Zusammenarbeit, die mit den Leistungserbringern vereinbart werden und zum Ziel haben, Krankenhaus-Aufenthalte zu vermeiden, zu verkürzen und die Teilhabe der Pat. zu fördern und zu stabilisieren.	Hier ist es wichtig, die Kooperationsverträge inhaltlich zu charakterisieren.
4	5	GKV, KBV, DKG	<p>Außerdem Ergänzen: Die von PatV aufgeführten 6 Einrichtungen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sozialpsychiatrische Dienste</li> <li>2. Krisendienste</li> <li>3. Psychosoziale und Suchtberatungsstellen</li> <li>4. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe</li> <li>5. Leistungserbringerinnen und</li> </ol>	Um dem komplexen Behandlungsbedarf und den verschiedenen sozialen Kontextfaktoren gerecht zu werden und eine möglichst dauerhafte Stabilisierung und Teilhabe der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, ist es häufig notwendig, rechtskreisübergreifend Hilfe- und Teilhabemöglichkeiten hinzuzuziehen. Insofern ist die Einbeziehung der genannten Einrichtungen sinnvoll.

			Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben 6. Selbsthilfeorganisationen.	
4	7	KBV	Übernehmen	
	8	KBV/DKG	Keine Übernahme der Positionen GKV und PatV	Überprüfung der Teilnahme ist über Abrechnungsziffern/Zulassung/Arzt Nummer möglich.
	9	DKG	übernehmen	Vorschlag von PatV ist nicht praktikabel. Pat. können Informationen über die Websites der Netze einholen.
	10	KBV	Nur den 1. Satz übernehmen: Die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sollen zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden.	Der Bezugsarzt kann nach unserer Erfahrung nicht verantwortlich dafür sein, alle Ärzte/Psychotherapeuten außerhalb des Netzes miteinzubeziehen, falls diese die Kooperation in der komplexen Behandlung ablehnen.
5	1	KBV  KBV	Überschrift: Vorschlag nicht übernehmen (Behandlungsteam streichen)  Übernehmen und Ergänzen: FA f. Psychiatrie ergänzen FA f. Neurologie streichen	Nicht immer ist ein Behandlungsteam erforderlich, um die komplexe Behandlung durchzuführen.  s. o.
§5	2	GKV	Ergänzen: ärztliche und psychologische Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeuten Die Psychotherapie ist eine Leistung, die für die Verarbeitung des Krankheitserlebens, der Entwicklung von Resilienz u.v.m.	Fachärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten können gleichermaßen die Funktion als Bezugsärzte/Bezugspsychotherapeuten übernehmen.

			<p>erforderlich ist und für diese Patientengruppe schwer zu realisieren. Durch die Novellierung des PT-Richtlinie in 2017 kann das Setting der PT für diese Patientinnen und Patienten angepasst werden.</p> <p>Durch Einbeziehung der ärztlichen und psychologischen PT als Bezugstherapeuten wird ein Zugang zu der Leistung in der komplexen Behandlung abgebildet und etabliert</p>	
6	1	KBV	<p>Die Koordination der Versorgung... erfolgt durch die Bezugärztin/den Bezugsarzt oder die Bezugs-Psychotherapeutin/den Bezugspsychotherapeuten usw.</p> <p>Der Bezugsarzt/die Bezugärztin bzw. die Bezugspsychotherapeutin/der Bezugspsychotherapeut organisiert nach Bedarf Einzelfallbesprechungen mit den beteiligten Leistungserbringern, mindestens 1xQuartal</p>	<p>Durch eine externe Koordination ist die Steuerung der notwendigen Behandlungspfade-Maßnahmen nicht durchführbar, da die koordinierende Person über hohe Fachkompetenzen verfügen muss und den Krankheitsverlauf der Patientin/des Patienten engmaschig begleiten soll.</p> <p>Die Terminvergabe, Dokumentation und andere erforderliche Aufgaben kann einer Person überlassen werden, die vom Bezugstherapeuten /Fachärztin angeleitet wird (MFA) oder entsprechend berufsrechtlicher Vorgaben an Personengruppen Absatz 2 delegiert werden</p> <p>Sowohl die Patientin/der Patient als auch die Leistungserbringer können Bedarf anmelden für Besprechungen des Verlaufes</p>

6	2		<p>Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung kann an Berufsgruppen erfolgen, die über eine fachspezifische Zusatzqualifikation in Psychosomatik/Psychotherapie oder einer zweijährigen Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. MFA sofern sie über eine fachspezifische Zusatzqualifikation oder Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten verfügen</li> <li>2. zugelassene Leistungserbringer nach § 124 / § 132 a und b SGB V (Ergotherapeuten, Soziotherapeuten, psychiatrische häusliche Pflege)</li> </ol>	<p>Die koordinierende und steuernde Praxis braucht für die Umsetzung der Zielsetzung dieser RL qualifizierte und <b>zugelassene</b> Leistungserbringer aus dem SGB V Bereich.</p>
7	1		<p>Die teilnehmenden Leistungserbringer im Versorgungsnetz sorgen für den Aufbau einer geeigneten Organisations- und Infrastruktur, damit folgende Aufgaben des Netzverbundes gewährleistet sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Betroffene erhalten innerhalb von 7 Werktagen einen Präsenztermin für Diagnostik und Assessment durch einen Bezugstherapeuten.</li> <li>2. Es erfolgt eine Koordination berufs- und sektorenübergreifender Versorgung.</li> <li>3. Eine sichere und einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation vorzugsweise über eine elektronische Kommunikation wird unter Wahrung des Datenschutzes aufgebaut.</li> <li>4. Der Netzverbund organisiert einen Krisendienst, der in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder anderem geeigneten Kooperationspartnern erfolgen kann.</li> </ol>	<p>Damit ein Netzverbund effektiv arbeiten kann, wird zwingend eine digitale Plattform oder analog eine Geschäftsstelle benötigt, damit qualitätssichernde Standards kommuniziert und Informationen gebündelt und verteilt werden, Termine vereinbart werden und die Fortbildungen für die Netzteilnehmer koordiniert und vorbereitet werden.</p> <p>Zu 3) Dies wird voraussichtlich einfacher zu realisieren, wenn die EPA entwickelt ist. Zurzeit ist der Informationsaustausch nur auf das Notwendigste zu beschränken, da sehr sensible Daten erhoben werden.</p> <p>Zu 4) Vorhandene Strukturen sollten vernetzt werden; aus unserer Erfahrung können auch Pflegedienste in eine Berufsbereitschaft eingebunden werden, was von den Betroffenen kaum genutzt wurde!!</p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Der Netzwerk organisiert regelmäßige Netzwerk-konferenzen, die u. a. der gemeinsamen Fortbildung oder der Fallbesprechung dienen und öffnet sich für andere thematisch verwandte Organisationen (Angehörigen Verbände, Selbsthilfeorganisationen, andere psychosoziale Verbände)</li> <li>6. Der Netzwerk kann Qualitätszirkel organisieren nach den Vorgaben der KBV, um Qualitätsindikatoren weiter zu entwickeln</li> <li>7. Die Kommunikation und Behandlung kann über digitale Wege erfolgen nach Vorgabe des SGB V.</li> <li>8. Der Netzwerk kann sich an überregionalen Veranstaltungen beteiligen.</li> <li>9. Der Netzwerk kann berufsübergreifend gesundheitspolitische Akzente in Zusammenarbeit mit Berufsverbänden und Landesorganisationen setzen</li> </ol>	<p>Zu 5+6) Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass regelmäßige Treffen 1x/Quartal sinnvoll und realisierbar sind. Es kann zu Beginn der Netzarbeit eine höhere Frequenz der Treffen im Netzwerk erforderlich sein. Der Koordinierende Therapeut hält regelmäßigen Kontakt zur Patientin/zum Patienten und den unmittelbar an der Behandlung Beteiligten; dies kann mehr als 3x im Quartal erforderlich sein.</p> <p>Zu häufige Treffen im Netz sind sehr zeitaufwendig und könnten für interessierte Kooperationspartner eine Hemmschwelle sein, sich zu vernetzen!</p> <p>Ein Netzwerk lebt durch regionale Themen/Anforderungen an die Versorgung der schwer Erkrankten. Deshalb kann die Liste der Aufgaben sehr heterogen ausfallen und hängt auch von den vernetzten Akteuren ab.</p>
8	2	KBV /PatV	Übernehmen und ergänzen durch: Sozialpsychiatrische Dienste	Der Sozialpsychiatrische Dienst betreut sehr schwer kranke Patientinnen und Patienten mit hohem Versorgungsbedarf, die eine kontinuierliche Versorgung brauchen, um die Symptomlast zu senken, die eine Verbesserung der Teilhabe erfordert.

8	3/4/5	KBV+GKV-SV	<p>Eine Behandlung kann vor Entlassung..... Im Rahmen des Entlassungsmanagements direkt zum Netzwerkverbund veranlasst werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die entlassende Institution übermittelt die notwendigen Informationen vorab (z.B. digital oder telefonisch).</li> <li>• Über das Entlassungsmanagement wird ein Entlassungsgespräch mit den beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten (fachärztlich/psychotherapeutisch) organisiert (Terminabsprache) zum Austausch wichtiger Informationen.</li> <li>• Ein Termin wird innerhalb von 3-7 Tagen vereinbart.</li> <li>• In der Eingangssprechstunde wird geprüft, ob eine Indikation zur Komplexbehandlung gegeben ist.</li> </ul> <p>Das Assessment und die Eingangssprechstunde werden von dem Netzwerkverbund koordiniert,</p>	<p>Da es sich um sehr schwer beeinträchtigte Patientinnen und Patienten handelt, ist eine direkte Terminvereinbarung von dem teilstationären/stationären Sektor zur koordinierenden Fachärztin/zum koordinierendem Facharzt bzw. zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten wichtig, um eine nahtlose weitere Versorgung zu gewährleisten. Hier sollte konkret ein intersektoraler Kommunikationsweg verbindlicher als bisher definiert sein, damit wichtige Informationen zum Verlauf unmittelbar ausgetauscht werden.</p>
9	1	GKV/KBV/PatV	<p>Die Indikation für eine komplexe ambulante Behandlung nach §2 wird durch ein Assessment GAF/ICF) und fachspezifische Diagnostik (somatisch/psychosomatisch/psychopathologisch/psychosozial) in der Eingangssprechstunde durch einen Leistungserbringer nach §3 erbracht.</p> <p>Die Aufklärung über das Behandlungsangebot erfolgt ebenfalls im Eingangsgespräch.</p> <p>Die Patientin/der Patient kann durch Einwilligung erklären bei dem Therapeuten die Komplexbehandlung zu beginnen.</p> <p>Es kann ein erster Entwurf eines Behandlungsplans durch Aufnahme der Wünsche der Patientin/des Patienten und fachspezifischer Beratung des Therapeuten erfolgen, der in weiteren Sitzungen auch mit anderen LE (z.B. Pflege oder Psychotherapie oder Ergotherapie) entwickelt.</p>	<p>In der ersten Kontaktaufnahme liegt die Chance für Therapeuten und Patienten über Inhalte der Behandlung ins Gespräch zu kommen und dabei eine „Passung“ abzuwägen. Ein Wechsel des Therapeuten zu Beginn oder später kann im Einvernehmen mit dem Patienten/der Patientin erfolgen und ihm eine andere Netzkollegin empfohlen werden.</p> <p>Ein Eingangsgespräch kann dazu führen, dass ein Wechsel zu einem anderen Therapeuten aus dem Netzwerk erforderlich wird. Das kann viele Gründe haben.</p> <p>Ein Gesamtbehandlungsplan unterliegt einem dynamischen Prozess und ist nicht beim ersten Mal in Stein gemeißelt.</p>

9	4	GKV	streichen	Hat sich im Rahmen der Selektivverträge als Hemmschwelle für die Versorgung erwiesen.
9	5		Die parallele Behandlung in gleichen fachspezifischen Netzverbänden ist ausgeschlossen.	Psychisch komplex Erkrankte brauchen oft eine komplexe somatische Mitversorgung wegen Komorbiditäten und sollten daher aus entsprechenden Netzverbänden nicht ausgeschlossen werden.
9	6		Vorher beteiligte Fachärztinnen/-ärzte oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind in die Versorgung einzubeziehen und zu gemeinsamen Gesprächen einzuladen, sofern der Patient zustimmt.	Gewachsene kontinuierliche therapeutische Beziehungen sollten nicht durch neue Strukturen gefährdet werden.
9	7	KBV/PatV	<p>.....dies <b>sollte</b> durch Einbeziehung <b>vorhandener</b> gemeindepsychiatrischer Verbände oder <b>anderer vorhandener</b> Strukturen bereichert werden. Sie verfügen über umfassende Erfahrungen in der sozialtherapeutischen Versorgung/Krisenintervention und Verbesserung der Teilhabe durch aufsuchende Sozialarbeit.</p> <p>Diese ist Bestandteil.....des Gesamtbehandlungsplans..... der in Zusammenarbeit mit den Verbänden, der Patientin/dem Patienten und Bezugärztin/-therapeutin weiterentwickelt und erweitert wird. Dies erfolgt in regelmäßigen Interventionen/Besprechungen, an denen gewünschte Personen aus dem Lebensumfeld einbezogen werden können.</p> <p>Psychosoziale Verbände und andere psychosoziale Träger können Hilfen für die Verbesserung zur Teilhabe am sozialen Leben geben.</p> <p>Sie können zu Leistungen aus anderen Rechtskreisen</p>	<p>In den neuen Bundesländern gibt es andere gewachsene Strukturen in der gemeindenahen Versorgung, die in der RL berücksichtigt werden sollten</p> <p>Die Versorgung im Lebensumfeld wird oft von Angehörigen und/oder Freunden der Patientinnen und Patienten übernommen.</p>



			<p>beraten und diese ggf. einleiten (Bundesteilhabe Gesetz, SGB II, III, IX, XI, XII), um eine optimale Teilhabe um zu setzen.</p> <p>--Voraussetzungen für ..... streichen</p>	<p>Siehe Die S3-LL –psychosoziale Versorgung</p> <p>Diesen letzten Absatz streichen, da drängende psychosoziale Problem im Lebensumfeld oft die Symptomenlast eines Erkrankten bedingen und die Hilfen ins Lebensumfeld ausgeweitet werden müssen, damit medizinische Hilfen greifen können!! Systemische Psychotherapien können auch vor Ort erbracht werden.</p>
10	1	GKV/KBV	<p>Ergänzen: Auf der Basis..... Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum Bedarf an ärztlichen (fachspezifischen), psychotherapeutischen, psychosozialen (z. B. Soziotherapie) und pflegerischen (pHKP) Maßnahmen sowie Heilmittelbedarf.</p>	
10	2		<p>Ergänzen: Der Gesamtbehandlungsplan wird in Abstimmung zwischen allen Beteiligten (Patientin/LE/Bezugsärztin /TH) bei Bedarf weiterentwickelt, geändert, ergänzt. Die Bezugsärztin koordiniert die erforderliche Kommunikation.</p>	<p>Die Erfahrung bei der Zusammenarbeit in einem Netz zeigt, dass Impulse zur Änderung/Anpassung des Behandlungsplans von allen Beteiligten ausgehen können und dass dies ein Prozess ist, der eine gute Kommunikation erfordert, die in „einer Hand“ liegen muss, damit er erfolgreich ist. Dabei sind die individualisierten Therapieziele immer wieder zu evaluieren.</p>

11		KBV/GKV/PatV	<p>Ändern/Ergänzen:</p> <p>6) Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin/dem Patienten z.B. wöchentliche Telefonate, SMS, Mails, oder persönlich zur Förderung der Adhärenz und Resilienz.</p> <p>Punkt 7) der PatV übernehmen</p>	<p>Die Koordination und Bezugstherapeut ist unserer Erfahrung nach in „einer Hand“ zu belassen.</p> <p>Die praktische Umsetzung der Koordinierungsaufgaben erfordert Fachkenntnisse, die nur durch den Bezugstherapeuten aus unserer Erfahrung erbracht werden können.</p> <p>Die Koordination erfordert aus unserer Erfahrung Nähe und eine vertrauensvolle Arzt/Therapeut-Patient Beziehung!</p> <p>Hier bilden sich die SGB-rechtskreisübergreifenden Leistungen ab, deren Koordination bedeutend für das Gelingen einer komplexen Behandlung mit dem Ziel einer Verbesserung der Teilhabe ist.</p>
----	--	--------------	--	--

12	2	ALLE	<p>Das Entlassmanagement organisiert die Überleitung ins Netz durch Terminabsprachen zwischen ambulanten Behandlern im stationären/teilstationärem Sektor.</p> <p>Die GAF Skala oder ICF können in der stationären Institution erfolgen.</p> <p>Das Assessment/Eingangsgespräch für eine Indikation zur Komplexbehandlung sollte im ambulanten Sektor durch den Bezugstherapeuten während der stationären Behandlung erfolgen.</p> <p>Die Informationen sind zwischen den Sektoren durch eine geordnete Kommunikation, die im Vorfeld im Netzverbund festgelegt wird, auszutauschen (Brief, Video, Telefon, Fallkonferenz)</p> <p>Ein Erstgespräch aus dem stationären/teilstationärem Sektor in den ambulanten Bereich sollte für die Patientin/den Patienten möglich sein, wenn er in einem ambulanten Versorgungsnetz weiter behandelt werden möchte.</p>	<p>Pat. kommen nach Entlassung aus dem stationären Sektor oft nicht in der ambulanten Behandlung an, v.a. die schwer Erkrankten brauchen eine Anbahnung der Behandlung vor Ort.</p> <p>Eine Durchlässigkeit der Sektoren kann dem Pat. helfen, die Hemmnisse, die durch die starre Trennung Sektoren begründet sind, leichter zu überwinden und durch einen Kontakt mit dem Bezugstherapeuten in eine ambulante Versorgung zu gehen.</p> <p>Die Qualität einer gemeinsamen Kommunikationsstruktur ist unerlässlich um die Schnittstelle zwischen den Sektoren zu verbessern</p> <p>Die Stabilisierung in einer stationären Behandlung kann durch Kontinuität in den Sektoren aufrecht erhalten werden.</p>
----	---	------	--	--

12	5		<p>Wenn eine stationäre Aufnahme angezeigt ist, erstellt die behandelnde Bezugstherapeutin/der behandelnde Bezugstherapeut einen Bericht, der der weiter behandelnden Fachärztin/dem weiter behandelnden Facharzt übermittelt wird.</p> <p>Dieser Bericht enthält aussagefähige Informationen, ICD-10-Diagnose, Pharmakologie, Maßnahmen und Angaben zu dem Verlauf. Der Bericht sollte die Situation beschreiben, die trotz komplexer Behandlung zur Einweisung geführt hat.</p> <p>Eine ambulante psychotherapeutische/soziotherapeutische Behandlung sollte auch bei stationärer Behandlung fortgesetzt werden können.</p> <p>Die einweisende Fachärztin/Bezugstherapeutin und der einweisende Facharzt/Bezugstherapeut sollte bei länger als 3 Wochen andauernden stationären Behandlungen i. d. R. mindestens 3 Gespräche mit dem Behandler/der Behandlerin in der stationären Institution für einen fachlichen Austausch und eine Einschätzung des Verlaufs führen.</p>	<p>Die koordinierende Behandlerin/der koordinierende Behandler verfügt über wertvolle Informationen, die dem stationären Sektor zur Behandlungsplanung insbesondere Dauer der stationären Behandlung zur Verfügung gestellt werden sollen, damit eine kurze oder längere stationäre Intervention planbar ist und keine doppelten Strukturen parallel aufgebaut werden.</p> <p>Es sollten nicht alle ambulanten Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes unterbrochen werden.</p> <p>Eine gemeinsame Evaluation des Verlaufs zwischen den Sektoren kann den KH Aufenthalt verkürzen helfen, da viele Maßnahmen aus dem stationären Sektor ambulant organisiert oder weiter geführt werden können</p>
13	2	KBV/DKG	<p>(2) streichen und ersetzen</p> <p>Die Regelversorgung erfolgt nach Erreichen der Behandlungsziele in der komplexen ambulanten Behandlung. Zum Abschluss der Versorgung nach der Richtlinie sind Evaluationen erforderlich, die im Gespräch mit den LE und Patientinnen und Patienten erfolgen.</p> <p>Die weitere notwendige spezifische Versorgung/Behandlung kann bei vertrauten Therapeuten des Netzes fortgesetzt werden, wenn die Patientin/der Patient das wünscht und eine Indikation zur Fortsetzung einzelner SGB V Maßnahmen weiterhin besteht (z.B. PT/Soziotherapie/Ergo/Pflege).</p>	<p>Bei den Selektiv-Verträgen der Integrierten Versorgung hat sich gezeigt, dass eine erste Evaluation nach 6 Monaten und anschließend nach einem Jahr sinnvoll ist, je nach GAF Wert, individuellem Verlauf und angestrebtem Behandlungsziel.</p> <p>Nach den Erfahrungen unseres Netzverbundes ist es gerade bei den schwerst kranken und beeinträchtigten Patientinnen und Patienten notwendig, einzelne Maßnahmen nicht abrupt zu beenden, sondern diese vielmehr</p>

				allmählich in der Frequenz zu verringern. Auch ein niederfrequentes (ggf. nur telef.) Kontakthalten einmal pro Monat oder Quartal mit einer vertrauten Bezugsperson kann zu einer Stabilisierung deutlich beitragen.
13	3	KBV/DKV	streichen	In der vernetzten Zusammenarbeit ist Vertrauen in die gemeinsam entwickelten Qualitätsindikatoren, die durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit entstehen, ein hohes Gut. Wenn diese regelmäßig im Netz evaluiert werden, sind andere Kontrollmechanismen nicht erforderlich, das spart viele Ressourcen!!

### Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

PIBB		
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"/>

**PIBB**

Wir nehmen nicht teil. Auch bei zeitlichen Änderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.

Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.



26.01.2021

An den  
Gemeinsamen Bundesausschuss  
gem. § 91 SGB V  
Unterausschuss adhoc 92-6b  
Abteilung Methodenbewertung und  
Veranlasste Leistungen  
Berlin

per Email:  
skv@g-ba.de  
josef.hecken@g-ba.de

## Beschlussentwurf des GBA über die Erstfassung der Richtlinie gemäß § 92 Abs. 6b SGB V

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,  
sehr geehrte Damen und Herren,

die Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK) bedankt sich für das  
ihr eingeräumte Stellungnahmerecht und kommt diesem mit an-  
gehängter tabellarischer Stellungnahme nach.

Wie schon in unserem Antrag ausgeführt sind die psychiatri-  
schen Fachkliniken vollumfänglich über alle Sektoren hinweg an  
der Akutbehandlung schwer psychisch erkrankter Menschen  
beteiligt, die flächendeckende Sicherstellung der psychiatri-  
schen Versorgung wird durch die regionale Versorgungspflicht  
gewährleistet. Insofern sind wir am Aufbau einer berufsgruppen-  
übergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung für  
schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiat-  
rischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf aus-  
gesprochen interessiert. Deswegen begrüßen wir grundsätzlich  
die Zielrichtung der Richtlinie.

Aus Sicht der psychiatrischen Kliniken steht allerdings im vorlie-  
genden Beschlussentwurf die sektorübergreifende Versorgung  
zu wenig im Fokus, da die Kooperation zwischen dem Kranken-  
haus und den anderen vorwiegend ambulant arbeitenden Netz-  
werkpartnern nicht verbindlich geregelt ist.

Dies finden wir enttäuschend, da die Richtlinie an dieser Stelle  
hätte weiter gehen können. Entsprechend müssen hier dringend  
weitere Schritte folgen.

### Vorsitzende

**Dr. med. Sylvia Claus**  
Stv. Ärztliche Direktorin und Chefarztin  
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz  
Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie AdöR  
Weinstraße 100  
76889 Klingenmünster  
Tel.: 06349 900 2000  
Fax: 06349 900 2099  
E-Mail: sylvia.claus@pfaelzkrankenhaus.de

### Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Ärztliche Direktorin und Chefarztin  
Abt. Allgemeine Psychiatrie II  
LVR-Klinik Köln  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Köln  
Wilhelm-Griesinger-Str. 23  
51109 Köln  
Tel.: 0221-8993629  
Fax: 0221-8993593  
E-Mail: euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

### Dr. med. Felix Hohl-Radke

Ärztlicher Direktor und Chefarzt  
Asklepios Fachklinikum Brandenburg  
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
Anton-Saefkow-Allee 2  
14772 Brandenburg  
Tel.: 03381-78-2156  
Fax: 03381-78-2366  
E-Mail: f.hohl@asklepios.com

### Prof. Dr. med. W. Jordan, MBA, MIM

Chefarzt  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Magdeburg  
Birkenallee 34  
39130 Magdeburg  
Tel.: 0391-791-3400  
Fax: 0391-791-3403  
E-Mail: wolfgang.jordan@klinikum-magdeburg.de

### Prof. Dr. med. Jens M. Langosch

Ärztlicher Direktor  
Evangelisches Krankenhaus Bethanien gGmbH  
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychosomatik und  
Psychotherapie  
Gützkower Landstraße 69  
17489 Greifswald  
Tel.: 03834-543-411  
Fax: 03834-543-400  
E-Mail: langosch@odebrecht-stiftung.de

### Dr. med. Stephan Schieting

Medizinischer Direktor Krankenhaus und Chefarzt  
Klinik für Allgemeine und Gemeindefreie Psychiatrie  
Zentrum für Psychiatrie Emmendingen  
Neubronnstraße 25  
79312 Emmendingen  
Tel.: 07641-461-1020  
Fax: 07641-461-2915  
E-Mail: s.schieting@zfp-emmendingen.de

### Schatzmeister

**Prof. Dr. med. Wolfgang Schreiber M.A.**  
Ärztlicher Direktor und Chefarzt  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Bezirksklinikum Mainkofen  
94469 Deggendorf  
Tel.: 09931-87-20000  
Fax: 09931-87-20099  
E-Mail: w.schreiber@mainkofen.de

Bankverbindung:  
Bundesdirektorenkonferenz (BDK) e.V.  
Prof. Dr. W. Schreiber  
HypoVereinsbank  
IBAN: DE29 1002 0890 0355 3709 68  
BIC: HYVEDEMM488  
Steuer-Nr. 208107/30588

Nach einem Klinikaufenthalt brauchen Patient\*innen eine ambulante, zeitnahe und niedrigschwellig erreichbare fachärztlich geleitete Weiterbehandlung zur Stabilisierung des Behandlungsergebnisses und zur Vermeidung von Wiederaufnahmen. Aktuell erleben wir häufig, dass es dann allerdings Wochen bis Monate dauert, bis die Patient\*innen einen Sprechstundentermin in der Regelversorgung wahrnehmen können. Vielfach erleben wir dann auch Wiederaufnahmen in den Kliniken aufgrund der unzureichend verfügbaren Angebote sowohl bei Fachärzt\*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, wie auch bei Psychologischen Psychotherapeut\*innen.

Hier sehen wir eine wichtige Zielgruppe für eine koordinierte und strukturierte Behandlung, um bestehende Versorgungsdefizite zu beheben.

Unbenommen von der Richtlinie werden auch schon jetzt psychisch schwer erkrankte Menschen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen behandelt, wo ein komplexer Versorgungsbedarf mittels gut vernetzter multiprofessioneller Behandlungsteams gedeckt wird. Diese Versorgungsstruktur soll ergänzt werden durch eine weitere, vorwiegend im KV-Bereich agierende Netzwerkstruktur, die in enger Kooperation mit der regional zuständigen Klinik die Behandlung der Nicht-PIA-Patient\*innen sicherstellt. Dabei ist es entscheidend, dass die hierfür zur Verfügung stehenden Versicherungsgelder direkt den Patient\*innen zu Gute kommen und nicht ausschließlich der Finanzierung einer Netzwerkstruktur dienen.

Im Hinblick auf den vorliegenden Beschlussentwurf der RL nach § 92 Abs. 6b SGB V halten wir es für erforderlich, dass der koordinierte Gesamtbehandlungsplan von einer/einem fachärztlichen Kolleg\*in aus dem Bereich der sogenannten „Psycho-Fächer“ (Fachärzt\*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärzt\*innen, Fachärzt\*innen für Psychosomatische Medizin etc.) geleitet wird: Aus unserer Sicht sind Fachärzt\*innen mit einer rein neurologischen Facharztausrichtung mit lediglich 1-jähriger psychiatrischer Ausbildung nicht hinreichend qualifiziert, die vorgenannten Ziele bei psychisch erkrankten Menschen zu verfolgen. Des Weiteren besteht bei der genannten Zielgruppe von Patient\*innen ein umfassender bio-psycho-sozialer Hilfebedarf, d.h. sowohl die Diagnostik und Behandlung somatischer Erkrankungen, wie auch die in aller Regel erforderlichen pharmakologischen Interventionen machen die Leitung des Gesamtbehandlungsplans durch eine(n) Facharzt/Fachärztin unabdingbar.

Alle weiteren Details zum vorliegenden Beschlussentwurf entnehmen Sie bitte der beige-fügten Stellungnahme (Anlage 3\_Formular Abgabe SN\_UA-adhoc 92-6b\_BDK 2021-01-26).

Für die bereits eingeräumte Teilnahme an der mündlichen Anhörung bedanken wir uns und stehen auch im Vorfeld für weitere Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüße



Dr. med. Sylvia Claus  
Vorsitzende



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

<b>Bundesdirektorenkonferenz (BDK): Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie</b> 2021-01-26				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2	alle	Leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur	Sehr wichtiger Aspekt: es braucht <u>vor Ort</u> Leistungserbringer im direkten Lebensumfeld der Patient*innen
1	3	KBV/PatV	Streichen: Bezugstherapeut/Bezugstherapeutin	Die Behandlungsleitung muss zwingend durch eine(n) Bezugsarzt/Bezugsärztin erfolgen. Viele Patient*innen der Zielgruppe brauchen eine multimodale Diagnostik und Therapie, die somatische und pharmakologische Maßnahmen beinhaltet. Lediglich Ärzt*innen/Psychiater*innen können alle hierfür relevanten Aspekte überblicken und koordinieren. Daher muss die Leitung zwingend an eine(n) Facharzt/Fachärztin als Bezugsarzt gebunden sein.
2	1	GKV-SV	Der erste Unterabsatz deckt sich weitgehend mit dem Vorschlag von KBV/DKG/PatV. Der Rest des Textes sollte entfallen	Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit hier als Merkmal einzuführen, ist überflüssig, da nur solche Patient*innen teilnehmen werden, die dieses Merkmal erfüllen.

				<p>Zudem ergeben sich enorme Probleme der Operationalisierung des Begriffs.</p> <p>Im Unterabschnitt wird eine zweite Definition eingeführt, nachdem oben bereits eine klare Definition der Patient*innen-Gruppe gegeben wurde. Dies ist überflüssig und trägt eher zur Verwirrung bei.</p>
2	2	GKV-SV	<p>Die Diagnosenauswahl wird abgelehnt und der Vorschlag von KBV/DKG/PatV befürwortet.</p>	<p>Eine Auswahl psychischer Störungen zu treffen, ist willkürlich. Es kann keinen vernünftigen Grund geben, z.B. gerontopsychiatrische Patient*innen mit Demenz auszuschließen. Die Schwere leitet sich zudem aus den Abs. 2 und 3 ab, sodass eine Benennung spezifischer Diagnosen ansonsten überflüssig ist.</p>
2	3	alle	<p>Die GAF-Skala ist akzeptabel, ein Score <math>\leq 50</math> aber für den ambulanten Bereich zu niedrig. Ziel der RL ist dagegen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten (sh §1 Absatz 2 (3) ) Angemessen ist ein Score <math>\leq 60</math>.</p>	<p>Mit dem Versorgungsangebot soll auch erreicht werden, dass Patient*innen nicht (teil)stationär behandelt werden müssen. Wenn man aber erst mit einem GAF <math>\leq 50</math> das Angebot in Anspruch nehmen kann, werden zahlreiche Betroffene keine ausreichende ambulante Hilfe bekommen und zuletzt doch eingewiesen werden müssen. Definition 50-41: Ernste Symptome (z. B Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen <u>und</u> schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).</p>
3	1	KBV/PatV	<p>Fachärzt*innen für Neurologie können nicht berechtigt sein.</p>	<p>Diese Facharztgruppe behandelt völlig andere Krankheitsbilder. Hingegen ist es</p>

				sinnvoll, dass sogenannte Nerven- ärzt*innen (nach älteren Weiterbildungs- ordnungen) hier eingefügt werden. Dies ist aber indirekt auch in §3 Absatz 6 geregelt.
3	2	GKV-SV PatV	Der Zusatz der GKV-SV/PatV wird abgelehnt	Es besteht keinerlei Bedarf, hier noch genauer die Krankenhäuser zu regeln, denn diese sind im Kooperationsfall Partner im Netzverbund und nicht eine einzelne Station, Tagesklinik oder Institutsambulanz (siehe auch Absatz 3)
3	3	GKV-SV PatV	Eine Spezifikation der Krankenhäuser bzw. ihrer Institutsambulanzen wird abgelehnt, keine Übernahme.	In Absatz 2 ist die Teilnahme der Kranken- häuser nach §108 SGB V hinreichend genau geregelt. Psychiatrische Institutsambulanzen sind <b>integraler Teil des Krankenhauses</b> , sowohl personell wie auch im Hinblick auf den Versorgungs- auftrag (Vermeidung/Verkürzung von Krankenhausaufenthalten)
3	4	KBV/DKG	Die fachliche Qualifikation des Pflegepersonals wird unterstützt	Wie bei den übrigen Berufsgruppen sollte eine Mindestqualifikation vorhanden sein. Neben der Fachweiterbildung sollte auch eine mehrjährige Berufserfahrung (> 3 Jahre) in der ambulanten aufsuchenden Patient*innen-Versorgung anrechenbar sein
3	5	DKG	Die leistungsrechtlichen Grundlagen müssen benannt und ergänzt werden um folgenden Satz: <i>Die jeweilige Vergütung bleibt bestehen</i>	Ansonsten besteht keine ausreichende Rechtssicherheit.
4	2	KBV/PatV	Die Leitung der Versorgung/Gesamtbehand- lungsplan durch ein*e Bezugspsychotherapeut*in wird abgelehnt. (sh. auch §1 (3) )	Die Behandlungsleitung muss zwingend durch einen Bezugsarzt/Bezugsärztin erfolgen. Viele Patient*innen der Zielgruppe brauchen eine multimodale Diagnostik und Therapie, die somatische und

				pharmakologische Maßnahmen beinhaltet. Lediglich Ärzt*innen/Psychiater*innen können alle hierfür relevanten Aspekte überblicken und koordinieren. Daher muss die Leitung zwingend an eine(n) Facharzt/Fachärztin als Bezugsarzt gebunden sein (sh. auch §1 Absatz 3).
4	3	alle	Zahl der Leistungserbringer im Netzwerkverbund  Formulierungsvorschlag: <i>Der Netzwerkverbund besteht aus mindestens 5 Fachärzt*innen (sh. §3 (1) ), 5 Psychologische Psychotherapeut*innen, einem Leistungserbringer für Ergotherapie oder Soziotherapie oder für psychiatrische häusliche Krankenpflege</i>	Bei jeweils 1 Teilnehmer aus den Berufsgruppen j(GKV-SV) kann man von einem Netzwerkverbund nicht sprechen. Bei 15 (KBV) würden nur Großverbände gefördert und ländliche Regionen praktisch rausfallen. Bei der DKG gibt es keine Ergotherapeuten 6 FÄ und 6 PT scheinen aber realistisch. Der PatV Vorschlag scheint sinnvoll.
4	4	GKV-SV	Die Formulierung des GKV-SV darf nicht übernommen werden	Es gibt keinerlei Grund, hier Regelungen für Psychiatrische Institutsambulanzen zu treffen, die für alle anderen Teilnehmer nicht getroffen werden und anderweitig geregelt sind. Zudem ist das Krankenhaus mit allen seinen Angeboten Kooperationspartner.
4	4	KBV/DKG	Der Abschluss von <u>verbindlichen</u> Netzwerkverbund- und Kooperationsverträgen ist zwingend erforderlich, ebenso der regionale Bezug der Kliniken mit Pflichtversorgung von mindestens einer kooperierenden Klinik.	Ohne <u>verbindliche</u> Netzwerkverbund- und Kooperationsverträge wird das Versorgungsangebot voraussichtlich nicht angemessen realisiert. Der Regionalbezug und die Pflichtversorgung mindestens einer kooperierenden Klinik sichert die Wohnortnähe und die Verfügbarkeit für Krisenbehandlungen

				(sh. auch §1 (2) )
4	5	GKV-SV/ KBV/DKG	Der Vorschlag wird begrüßt, die Suchtberatungsstellen und die Wohneinrichtungen für Demenzkranke sollten potenzielle Partner sein.	Es gibt keinen plausiblen Grund, diese Anbieter auszuschließen.
4	6	GKV-SV	Die qualifizierte Entzugsbehandlung als Voraussetzung wird abgelehnt, keine Übernahme	Es ist nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle eine einzelne Leistung im Detail Voraussetzung sein soll, auch wenn das Angebot einer qualifizierten Entzugsbehandlung sehr wünschenswert ist.
4	8	GKV-SV/ PatV	Keine Übernahme	Man kann lediglich eine Anzeigepflicht erwägen
4	9	DKG	Übernahme der Position	Es ist sinnvoll Angebote und Erreichbarkeit sowohl auf der Homepage der KV wie auch über die LKH-Gesellschaften zu veröffentlichen
5		KBV/PatV	Streichen Bezugspsychotherapeut*innen	Siehe Kommentar zu § 1 Absatz 3
5	1	GKV-SV/ PatV	Psychiatrische Institutsambulanzen sind hier nicht aufzuführen	Hier geht es um die nähere Bezeichnung der <u>Facharztgruppen</u> , nicht um Institutionen. Zudem ist das Krankenhaus Vertragspartner und psychiatrische Institutsambulanzen sind integraler Bestandteil des Krankenhauses. Einzelne Berufsgruppen der psychiatrischen Institutsambulanzen sind <u>keine</u> Vertragspartner!
5	1	KBV	Fachärzt*innen für Neurologie können nicht Bezugsärzte sein.	Siehe Kommentar zu § 3 Absatz 1

5	2	<i>GKV-SV und KBV Sowie PatV</i>	Keine Übernahme  Vorschlag der DKG wird begrüßt, Berücksichtigung der Patientenrechte (Arztwahl) ist somit gesichert	Dies ist keine realitätsgerechte Vorgabe. Oft stellt sich erst während der Diagnostikphase bzw. bei Erstellung des Gesamtbehandlungsplans heraus, welche*r Bezugsärzt*in sinnvoll die Aufgabe übernimmt und vom Patienten gewünscht wird. Zudem können es Psychotherapeut*innen nicht sein (siehe §1 Absatz 3, § 5 Überschrift, sowie § 4 Absatz 2)
5	3	<i>KBV</i>	Der Absatz sollte nicht übernommen werden.	Es existiert hier keine neue wesentliche Information, die nicht schon an anderen Orten geregelt ist.
5	4	<i>GKV-SV/ PatV</i>	Der Absatz sollte nicht übernommen werden, der Absatz von DKG/KBV reicht vollkommen (falls nicht sprechen wir uns für den Vorschlag des GKV-SV aus)	Es ist nicht sinnvoll, hier Basisaufgaben eines/einer Arztes/Ärztin im niedergelassenen Bereich zu regeln.
5	5	<i>KBV</i>	Keine Übernahme	Keine Psychotherapeut*innen (siehe §1 Absatz 3, § 5 Überschrift, sowie § 4 Absatz 2)
6	1,1	<i>GKV/PatV</i>	Keine Übernahme	Die Koordination kann allenfalls im Delegationsverfahren durch eine nichtärztliche Kraft erfolgen, wenn der/die Bezugsarzt/Bezugsärztin dieser Kraft weisungsbefugt ist. Es geht nicht nur um Terminvergaben. Die Koordination der Versorgung erfolgt durch den/die Bezugsarzt/Bezugsärztin, eine Delegation von Teilen an andere Netzwerkteilnehmer sinnvoll und zielführend im Sinne der RL.

6	1,2	GKV-SV/ PatV	Keine Übernahme	Wie mehrfach ausgeführt, bedarf es hierzu keinerlei Sonderregelungen (sh auch Kommentar zu § 3 Absatz 3 )
6	1,3	PatV	Keine Übernahme	Es handelt sich eben nicht um Koordinationsaufgaben der anderen Leistungserbringer, offenbar handelt es sich hier um ein Missverständnis
6	2	GKV/PatV	Keine Übernahme	Ergibt sich aus §6 Absatz 1 Die Koordination der Versorgung erfolgt durch den/die Bezugsarzt/Bezugsärztin, eine Delegation von Teilen an andere Netzwerkteilnehmer sinnvoll und zielführend im Sinne der RL.
6	3	GKV_SV	Keine Übernahme	Dies ist eine nicht sinnvolle Überregulierung, die 20 Stunden wirken willkürlich und die Anzahl der Patienten ist abhängig vom sehr breit variierenden Koordinierungsbedarf.
7	1,5	GKV-SV/ PatV	Keine Übernahme	Eine <i>gemeinsame</i> Dokumentation über die Sektoren hinweg ist sehr schwer umsetzbar. Wünschenswert ist eine <i>einheitliche</i> Befund- und Behandlungsdokumentation, orientiert an den Leitlinien
7	1,7	GKV-SV/ PatV	Keine Übernahme	Eine Erreichbarkeit des Behandlungsteams für 14 oder gar 24 h/Tag ist nicht realistisch und würde das Versorgungsangebot nicht entstehen lassen.
7	1,9	KBV/DKG/ PatV	Regelmäßige Netzverbundkonferenzen sind zwingend notwendig	Nur so ist eine ernsthafte koordinierte und strukturierte Versorgung zu sichern.

7 und Anlage	1,12	GKV-SV/KBV	Keine Übernahme	Hier zusätzliche Leistungsmodul zu definieren, ist nicht sinnvoll. Es sei denn, es geht um Behandlungsmaßnahmen, die über das SGB V hinausgehen, dies ist aber nicht vorgesehen. Auch aus der Anlage geht dies nicht hervor.
7	4	KBV/PatV	Keine Übernahme	Die Etablierung eines Netzwerkbeauftragten ist nicht erforderlich, Netzwerken ist elementare Aufgabe von allen Leistungserbringern.
8	2,2	PatV	Sozialpsychiatrische Dienste	Zuweisung durch SPDis sinnvoll, da diese häufig den Kontakt zu noch nicht versorgten Erkrankten pflegen
8	5	GKV-SV	Keine Übernahme	Eine Frist von 3 Tagen ist vollkommen unrealistisch und in der Regel auch nicht notwendig. Innerhalb von 7 Werktagen ist dagegen machbar. In dringenden Fällen wird der empfehlende ohnehin mit dem Netzverbund Kontakt aufnehmen.
9	1	KBV/DKG/PatV	Übernahme vor allem zur Festlegung des Bezugsarztes im Rahmen der Eingangsuntersuchung	Siehe Kommentar zu §5 Absatz 2  In der Eingangssprechstunde kann lediglich ein <i>vorläufiger</i> Behandlungsplan erstellt werden
9	2	GKV-SV/KBV	Keine Übernahme	Siehe Kommentar zu § 7 Absatz 1 Satz 12
11		GKV/PatV	Keine Übernahme	Die Koordination der Versorgung obliegt dem/der Bezugsarzt/Bezugsärztin und kann weder durch Psychotherapeut*innen noch durch nichtärztliche Personen realisiert werden.



				(sh. auch Kommentar zu § 1 (3) )
Anlage		GKV-SV/ KBV	Keine Übernahme	Es ist nicht ersichtlich, dass es hier um Leistungsmodule geht, die nicht schon im SGB V, in den einschlägigen Bewertungsmaßstäben oder in dieser Richtlinie geregelt sind.

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Bundesdirektorenkonferenz (BDK) – Frau Dr. Sylvia Claus</b>			<i>sylvia.claus@pfalzkrlinikum.de</i>
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>	
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"/>	

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

<b>BAPP - Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.</b>				
<b>25.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2.3		Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten, <b>sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung</b>	Die Behandlung von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung sollte wann immer möglich und erwünscht in der Häuslichkeit stattfinden.
2	1	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zum Vorschlag der KBV/DKG/PatV	Eine Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit kann bei dieser Patientengruppe oftmals nur nach dem Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung hergestellt werden. Dies kann unter Umständen auch deutlich länger dauern und liegt z. T. auch in der Erkrankung selbst begründet. Eine Festlegung als Voraussetzung widerspricht somit dem Kerngedanken der Leitlinie.
2	2	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zum Vorschlag der KBV/DKG/PatV	Die Einschränkung auf einzelne Diagnosen widerspricht dem Grundgedanken der Leitlinie, da prinzipiell jede Erkrankung aus dem ICD-10 F00 – F99 zu einer schweren Erkrankung mit einem entsprechenden Behandlungs- und Versorgungsbedarf führen kann.

2	3	GKV-SV/PatV	Zustimmung zu Vorschlag GKV-SV/PatV	es sollte ein einheitliches Fremdeinschätzungsinstrument zum Einsatz kommen
3	2	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	Die Vorbehalte für psychiatrische Institutsambulanzen sind bereits im § 118 Satz 2 SGB V definiert.
3	4.3	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	Der Vertrag gem. §132a SGB V impliziert die vorzuhaltenden Qualifikationsvoraussetzungen
4	2	KBV/DKG/ PatV GKV/ KBV/ DKG/  KBV/PatV  KBV  PatV	Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt <b>nach individuellem Bedarf, berufsgruppen-übergreifend</b> in einem <b>regionalen</b> Netzwerkverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes <b>oder einer Bezugspsychotherapeutinnen oder eines Bezugspsychotherapeuten, in einem patientenindividuellen Behandlungsteam</b> gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6 <b>und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 5.</b>	Wir unterstützen die links abgedruckte Variante, mit den fett gekennzeichneten Positionen
4	3	GKV-SV	Der Netzwerkverbund besteht aus mindestens ... GKV-SV 1. 1 Fachärztin oder Facharzt für [...]	Wir unterstützen die Variante der GKV-SV. Somit sind auch kleine Versorgungsstrukturen wohnortnah möglich. Den Vorschlag der DKG lehnen wir entscheiden ab, der benannte Personenkreis in aller Regel multiprofessionelle, mobile aufsuchende, niedrighschwellige und alltagsnahe Hilfen benötigt.
4	5	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	Im Netzwerk sollen breite Kooperationen möglich sein .

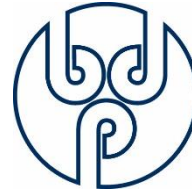
4	9	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	
4	10	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	Selbstverständlich müssen neben Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auch andere Leistungserbringende in gleicher Weise einbezogen werden, auch für sie gilt die Prämisse der Behandlungskontinuität (in der Regel haben diese Berufsgruppen zeitintensivere, höherfrequente und niedrigschwelligere Kontakte zum Betroffenen und seinem Umfeld )!
5	2	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	
5	3	GKV-SV/ DKG/PatV	Streichung wie GKV-SV/DKG/PatV	
6	1.1	GKV-SV/PatV	Zustimmung zum Vorschlag der GKV-SV/PatV	Koordinierende Aufgaben sollten diejenigen Leistungserbringenden übernehmen, die zum Betroffenen guten Kontakt haben sowie sein Umfeld und die regionalen Möglichkeiten sehr gut kennen. Eine explizite Weisungsgebundenheit an den/die Behandlungsführenden ist weder erforderlich noch sachdienlich, die Aufgaben ergeben sich aus dem für alle verbindlichen Gesamtbehandlungsplan und den multiprofessionellen Absprachen und müssen darüber hinaus in der Durchführung vom Leistungserbringenden verantwortet werden.
6	2.4	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	
7	1.7	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	In den Verträgen gem. § 132a SGB V wird sowieso eine 24-Stunden Rufbereitschaft gefordert, somit ist sie von den Betroffenen auch abrufbar, wenn pHKP im Netzwerk vorhanden ist.

7	1.10	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zum Vorschlag der KBV/DKG/PatV	
7	3	KBV/DKG	Zustimmung zum Vorschlag der KBV/DKG	
8	2	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV: <b>Zusätzlich alle weiteren Leistungserbringer nach §3 Absatz 4 der RL</b>	Leistungserbringer und Teilnehmer der Versorgung sollten auch aus anderen Versorgungsgebieten bei entsprechendem Bedarf eine Versorgung <u>empfehlen</u> Können.
8	5	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zum Vorschlag der KBV/DKG/PatV	
9	1	PatV	<b>Im Rahmen des Assessments nach § 8 Abs. 6</b> erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach <b>§ 5 Absatz 1</b> . Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein <b>vorläufiger Behandlungsplan</b> erstellt. Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugsarzt <b>oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut</b> festgelegt. Die <b>Wünsche der Patienten oder des Patienten</b> sind zu berücksichtigen.	Wir unterstützen die links abgedruckte Variante, mit den fett gekennzeichneten Positionen
9	2	DKG/PatV	Keine Übernahme	
9	5	DKG/PatV/KBV	Keine Übernahme	
9	7	KBV/PatV	Zustimmung zum Vorschlag der KBV /PatV	
10	1	GKV-SV/ DKG/PatV	Auf Basis <b>des Assessments</b> wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt <b>oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten</b> erstellt. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen	Wir unterstützen die links abgedruckte Variante, mit den fett gekennzeichneten Positionen

			Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, <b>Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege.</b>	
10	3	PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	
11		PatV	Zustimmung zum Vorschlag der PatV	

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>BAPP - Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>



BDP e.V. Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Dipl.-Psych. Dr. Johanna Thünker

E-Mail: [thuenker@vpp.org](mailto:thuenker@vpp.org)

Telefon: 0171/5390505

26. JANUAR 2021

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend die Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP e.V.) zur Erstfassung der o.g. Richtlinie. Wir begrüßen es sehr, dass die besonderen Bedarfe schwer psychisch Erkrankter mehr Berücksichtigung finden sollen.

An der Anhörung möchten wir teilnehmen und bitten um Einladung.

Mit freundlichen Grüßen,

Dipl.-Psych. Dr. Johanna Thünker  
(Vorsitzende VPP im BDP e.V.)

Dipl.-Psych. Susanne Berwanger  
(stellv. Vorsitzende VPP im BDP e.V.)

Dipl.-Psych. Martin Urban  
(Sektion Klinische Psychologie im BDP e.V.)

Anlage

- Stellungnahme
- Tabellarische Stellungnahme/Änderungsvorschläge

BDP, gegründet 1946

Präsidentin Dr. Meltem Avci-Werning  
Vizepräsidentin Dipl.-Psych. Annette Schlippach  
Vizepräsident Dipl.-Psych. Gunter Mittel  
Hauptgeschäftsführerin Dipl.-Psych. Gita Tripathi-Neubart  
Registergericht Amtsgericht Charlottenburg



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

Der Vorstoß, die Versorgung der benannten Gruppe zu verbessern, ist begrüßenswert.

**Die Indikationsstellung für das Netzwerk sollte den fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandelnden vorbehalten werden.** Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten<sup>1</sup> kommt aufgrund ihrer Qualifikation eine wichtige Rolle bei der Versorgung psychisch Kranker zu. Dabei sind sie auf einer Ebene mit Ärztinnen und Ärzten zu betrachten. Die im vorliegenden Entwurf von der GKV und DKG angedachte Zugangsbeschränkung zu den Netzwerken über eine rein ärztliche Indikationsstellung käme dem früheren Delegationsverfahren gleich und darf im Bereich komplexer psychischer Erkrankungsbilder nicht über die Hintertür wieder eingeführt werden.

**Ein zentraler Punkt ist die Sicherung der Kontinuität der Behandlung.** Eine Netzwerkbehandlung darf nicht zu Beziehungsabbrüchen bzw. einem „Weiterreichen“ schwer psychisch Erkrankter führen. Dabei muss bedacht werden, dass für die Umsetzung einer guten, koordinierten Versorgung auch entsprechende **Ressourcen** vorhanden sein müssen (auch in ländlichen Gebieten). Die beteiligten Kolleginnen und Kollegen müssen die entsprechende Zeit aufbringen können, zusätzliche Leistungen wie Fallbesprechungen müssen vergütet werden. Ersteres ist bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, zweiteres bei der Weiterentwicklung der Gebührenkataloge. Sind die Kriterien für ein Netzwerk zu hoch (z.B. durch hohe Mindestzahlen der beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte), kommen viele Gebiete gar nicht erst in Frage. Umsetzbare Lösungsvorschläge für die Übergänge zwischen Regelbehandlung und Netzwerkbehandlung müssen erarbeitet.

**Stärkere Berücksichtigung müssen Leistungserbringende im Rahmen der Teilhabe und weiterer Versorgungsbereiche außerhalb des SGB V finden.** Erkrankungsverläufe sind sehr häufig davon abhängig, ob Betroffene in einem Prozess der gesellschaftlichen Teilhabe (re)integriert werden können. Fehlende Angebote bzw. unzureichende Koordinierung führen zu Chronifizierung. Darum müssen entsprechende Berufsgruppen von vorneherein am berufsgruppenübergreifenden „runden Tisch“ beteiligt werden. Dies betrifft unbedingt auch Strukturen des betreuten Wohnens, der Selbsthilfe, psychosoziale Angebote wie sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste oder Suchtberatungsstellen. Selbsthilfestrukturen sollten regelhaft berücksichtigt werden; alle anderen Bereiche je nach Bedarf. Jedes regionale Netzwerk sollte in regelmäßigen Abständen eine Bestandsaufnahme machen, welche dieser

---

<sup>1</sup> Dabei sei zu beachten, dass mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sowohl ärztliche und psychologische PTs nach „altem Recht“ als auch zukünftige Fachpsychotherapeut\*innen gemeint sind



Strukturen vor Ort ansässig sind. Auch der Gesetzgeber ist hier gefragt, sinnvolle Regularien zu schaffen, die die Durchlässigkeit zwischen den Sozialgesetzbüchern verbessern.

**Dass auch stationäre Einheiten Teil der Netzwerke werden sollen, ist positiv** und kann langfristig individuelles Leid (Stichwort „Drehtüreffekt“) und Zwangsmaßnahmen reduzieren. Beim Übergang in den stationären Sektor hinein und wieder hinaus sowie während der stationären Behandlung soll ebenfalls auf einen engen Austausch gesetzt werden. Die Beziehungsaufrechterhaltung zwischen Bezugsbehandelnden oder Soziotherapie und Erkrankten sollte generell auch während der stationären Behandlung möglich sein (z.B. durch ein Telefonat oder einen gemeinsamen Termin bei einer Wochenenderprobung).

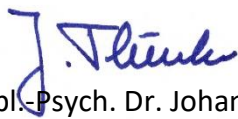
**Bei der Bewältigung von Krisen erscheint es uns sinnvoll, ergänzende Hilfestrukturen anzubieten** (z.B. für Wochenend- oder Nachtbetreuung in Form von z.B. „buchbaren“ Tageshilfen oder Krisenbetten). Bestehen hierbei regional noch keine Angebote, wäre es sinnvoll, eng mit stationären Netzwerkmitgliedern oder betreutem Wohnen zu kooperieren, um flexible und individuelle Hilfsangebote aufzubauen.

**Es sollte eine berufsgruppenübergreifende Fachaufsicht durch die Kammern umgesetzt werden.** Wenn die Netzwerke sektorenübergreifend arbeiten sollen sollte die Aufsicht über die Netzwerke nicht allein der KBV in die Hände gelegt wird.

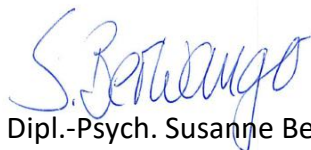
Ziel ist die qualitative Verbesserung der Versorgung. Langfristig führt dies zu Kostenersparnissen, kurzfristig wird es aber zu Investitionen in die Netzwerke kommen müssen.

Berlin, den 26.01.2021

Mit freundlichen Grüßen,



Dipl.-Psych. Dr. Johanna Thünker  
(Vorsitzende VPP im BDP e.V.)



Dipl.-Psych. Susanne Berwanger  
(stellv. Vorsitzende VPP im BDP e.V.)



Dipl.-Psych. Martin Urban  
(Sektion Klinische Psychologie im BDP e.V.)

BDP, gegründet 1946

**Präsidentin** Dr. Meltem Avci-Werning

**Vizepräsidentin** Dipl.-Psych. Annette Schlipphak

**Vizepräsident** Dipl.-Psych. Gunter Nittel

**Hauptgeschäftsführerin** Dipl.-Psych. Gita Tripathi-Neubart

**Registergericht** Amtsgericht Charlottenburg

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

BDP e.V. – vertretende Untergliederung VPP im BDP e.V.				
26.01.2021				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1	3	KBV PatV	4. Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin/-arzt <b>oder</b> Bezugspsychotherapeutin/-Psychotherapeut	Leitlinien geben vor, dass psychotherapeutischen Interventionen ein wichtiger Stellenwert zu geben ist. Durch das PsychThG wurde in Deutschland hierzu eine den Erkrankten frei zugängliche Heilkunde und das zugehörige hoch-qualifizierte Berufsbild des PPs geschaffen. Im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie muss Erkrankten die Möglichkeit offenstehen, hürdenlos in eine indizierte Netzwerkbehandlung überzugehen.
2	2	KBV/DKG PatV	Es sollten grundsätzliche alle Erkrankungen aus dem F-Kapitel in Frage kommen (vgl. Vorschlag KBV). Komplex Erkrankte leiden i.d.R. an Komorbiditäten. Demzufolge sollte hier ergänzt werden: „eine oder mehrere Erkrankungen aus dem F-Kapitel“.	I.d.R. liegen bei schwer Erkrankten Komorbiditäten vor, die in der Gesamtschau betrachtet werden müssen. Alle F-Diagnosen können sich zu schwersten Verläufen entwickeln
2	3	KBV/DKG	Den Vorschlag, ein ICF-Rating einzubeziehen, erachten wir als sinnvoll. Zusätzlich muss jedoch gewährleistet sein, dass bei Diagnostik und Indikationsstellung aktuelle und wissenschaftlich fundierte, international verwendete diagnostische Verfahren angewendet werden und die Relevanz der besonderen Maßnahme widerspiegeln. Die verschiedenen diagnostischen Ergebnisse sollten zum	Sich „unflexibel“ auf Cut Off Werte und Diagnoseinstrumente festzulegen, widerspricht einem sich weiterentwickelnden, wissenschaftlichen Diagnostikverständnis. Diagnostische Verfahren liefern i.d.R. nur unterstützende Daten - neben der Beurteilung der Behandelnden.

			Zwecke einer validen Eingangsdiagnostik standardmäßig innerhalb des Netzwerkes erfasst, ausgetauscht und beurteilt werden. <b>Feste Cut-Off Werte halten wir für nicht zielführend – sie könnten allerdings als Orientierungswerte vorgegeben werden.</b>	
3	4	PatV	<p>Für sehr relevant halten wir die Position der PatV. <b>Regelmäßige Berücksichtigung aller relevanten Strukturen auch außerhalb des SGB V.</b></p> <p>Besonders zentral erachten wir dabei Leistungserbringende aus dem Bereich Teilhabe und Eingliederungshilfe fest oder zumindest regelmäßig einzu beziehen (z.B. Schwerbehindertenbeauftragte, Leistungserbringende aus dem Bereich 2. Arbeitsmarkt). Das gilt auch für Leistungserbringende aus dem Bereich Betreutes Wohnen. Für die Netzwerke sollte es auch zur Pflicht werden, mit den örtlichen SGB-IX-Angeboten, wie z.B. Selbsthilfestrukturen zu kooperieren. Jedes regionale Netzwerk sollte verpflichtet werden, in regelmäßigen Abständen eine Bestandsaufnahme zu machen, welche dieser Strukturen vor Ort ansässig sind.</p> <p><b>Für sinnvoll erachten wir Psychotherapie, Psychiatrie und Soziotherapie als einen festen Kernbestandteil vorzugeben.</b> Selbsthilfe, stationäre und/oder teilstationäre regionale Einrichtungen, psychosoziale Angebote (wie sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste, Suchtberatungsstellen) und Teilhabestrukturen sowie folgend Ergotherapie und gesondert qualifizierte Fachpflegekräfte sollten als nächster hinzuzunehmender Bestandteil festgelegt werden.</p>	<p>Es bestehen zahlreiche Hilfestrukturen. Nur durch deren Koordination können hier Synergien genutzt werden. Eine Verhinderung von Chronifizierung ist oft nur zu erreichen, wenn Betroffene in sinn- und strukturgebende Teilhabeprozesse integriert werden.</p> <p>Eine Netzwerkbehandlung ohne Berücksichtigung des Fachwissens z.B. der Betreuenden einer Wohngruppe hat weniger Erfolgsaussichten. Bundesweit vorhandene verschiedenste Selbsthilfestrukturen können Psychisch Kranke ggf. zusätzlich stützen.</p>
3	5		Finanzierung: Wenn die GKV bereits an dieser Stelle die Finanzierung in die vorhandene Regelleistung zu schieben gedenkt (vgl. § 3 Abs.5), dann lässt sich schon jetzt prognostizieren, dass die Umsetzung nicht	

			gelingen wird. Die Verbesserung der Bedarfsplanung für die PP/KJP, in sowie die gesonderte Finanzierung von Zusatzleistungen, wie die Teilnahme am runden Tisch und Koordinations- und Konsultationsleistungen, werden nötig sein. Das gilt insbesondere in strukturschwachen Regionen.	
4	1	KBV	Der Vorschlag der KBV zur wohnortnahen Versorgung ist zu unterstützen.	„Wohnortnah“ ist konkreter als „regional“.
4	2	KBV	Bei der Erstellung des Behandlungsplanes erachten wir es als zentral, dass dieser „nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend“ und „in einem patientenindividuellen Behandlungsteam“ (analog KBV) erstellt wird	Eine rein ärztliche Festlegung des zentralen Behandlungsplanes widerspräche dem Netzwerkgedanken.
4	3	KBV	Die von der KBV vorgegebenen Mindestangaben für ärztliche und psychotherapeutische Mitglieder sind in ländlichen Regionen unrealistisch. Zielführender sind an der bereits bestehenden Behandlung orientierte kleinere, flexible „vertraute“ Netzstrukturen (ergänzt um bestenfalls vertraute Strukturen analog §3, Abs 4).	Zu kleine Verbände gewährleisten keine Kontinuität der Netzwerkprozesse; dünner besiedelte, ländliche Gebiete müssen hier aber mitgedacht werden.
4	4	KBV/PatV DKV	Kommt ein Netzwerk nicht zustande, erscheint es <u>nicht</u> zweckmäßig, dass eine Psychiatrische Institutsambulanz dessen Aufgabe übernehmen soll  Dass auch <u>stationäre Einheiten</u> Teil der Netzwerke werden sollen, ist positiv. Allerdings sollte die Teilnahme einer stationären Einrichtung für die Netzwerkbildung nicht verpflichtend Voraussetzung sein.	Ambulanzen können den ambulanten Netzwerkcharakter nicht abbilden.  Grundsätzlich ist der ambulante Schwerpunkt der Netzwerke zu betonen.
4	5	PatV KBV DKG GKV	Ob eine gesonderte Zulassung von Mitgliedern zum Netzwerkverbund zielführend ist, muss hinterfragt werden. Hier wird Behandlungskontinuität riskiert. Sinnvoll wäre, für ärztliche oder psychotherapeutische Behandelnde Motivationsgrundlage und Anreize (z.B. finanzielle Anreize oder Aufhebung von Jobsharing-Begrenzungen) zu schaffen, freiwillig einem regionalen Netzwerk anzugehören und - je nach Behandlungsfall -	

			die Einzel- oder Gruppenbehandlung in eine Netzwerkbehandlung „umschreiben“ zu können. Gerade in strukturschwachen Regionen müsste jedoch die Anzahl der Kassenpraxen aufgestockt werden. (Eine automatisierte Integration aller relevanten Kassenpraxen in ein regionales Netzwerk hätte zwar Niederschwelligkeit beim Zugang und Behandlungskontinuität als Vorteil. Nachteile wären hier aber u.a. die fehlende Vertrautheit mit Netzwerkstrukturen, da ggf. nur selten „ein Fall“ ins Netzwerk eingebracht wird).	
4	7	alle	Die Zulassung der Netzwerkpartner sowie die Aufsicht über das Netzwerk sollte bei der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer liegen.	Nur so kann eine ausgewogene sektorenübergreifende Zusammenarbeit realisiert werden.
4	10	KBV PatV	Kontinuität ist wichtig, darum sollten externe Vorbehandelnde einbezogen werden. <b>Ein „Abschieben schwer Erkrankter ins Netzwerk“ muss verhindert werden!</b> Stattdessen ist wichtig, vorhandene Vertrauenspersonen ins System zu implementieren (z.B. durch flexible Verknüpfungen zwischen Kassenpraxis und Netzwerk – im Sinne flexibler patientenindividueller Teilnetzstrukturen).	Ein „Abschieben ins Netzwerk für schlimme Fälle“ mit dem Verlust vertrauter Leistungserbringenden erhöht Resignation und Rückfallgefährdung.
5	1	PatV KBV	Die zentral festgelegte <b>Bezugspsychotherapeut*in oder</b> Bezugsärzt*in sollte zwar als Ansprechperson fungieren – aber nicht die Gesamtverantwortung für den Prozess alleine innehaben; Verantwortung für den jeweiligen Behandlungsteil trägt natürlich die jeweilige behandelnde Person. Bezugstherapeut*innen/-ärzt*innen können auch in einer PiA beschäftigt sein (Vorschlag PatV).	Siehe §1 Abs 3  Die berufsgruppenübergreifende Arbeit kann nur effektiv sein, wenn alle (mit-)verantwortlich sind.
5	2	alle	Für nicht zielführend halten wird es, wenn die aufnehmende Person automatisch dauerhaft Bezugsfunktion erhält.	Hier sollte in Absprache mit den Erkrankten auch ein Wechsel möglich sein, um eine möglichst gute „Passung“ zu erreichen.

5	4	alle	<p>Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in koordinieren die Behandlung; der Gesamtbehandlungsplan sollte aber nach Abstimmung mit dem Behandlungsteam gemäß §4 (1) erstellt werden.</p> <p>Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans werden mit den Patientinnen und Patienten Maßnahmen für <b>Krisen und Notfälle</b> konkret abgestimmt und individuelle Absprachen getroffen. Gemäß den regionalen Gegebenheiten können hier auch der ärztliche Bereitschaftsdienst oder Angebote der Kooperationspartner des Netzverbundes einbezogen werden. <b>Bei der Bewältigung von Krisen erscheint es uns sinnvoll, Hilfestrukturen, für z.B. Wochenenden, auszubauen, ebenso eine kurzfristige Tag-/Nachtbetreuung. Bestehen hierbei regional noch keine Angebote soll eng mit stationären Netzwerkmitgliedern kooperiert werden um flexible und individuelle Hilfsangebote aufzubauen. Angebote außerhalb des SGB V (z.B. „Krisenbetten“ im Bereich des ambulant betreuten Wohnens) sollten einbezogen und parallele Strukturen vermieden werden. Siehe auch § Abs 4.</b></p> <p>Der gesetzliche Auftrag, der ausdrücklich den psychotherapeutischen Koordinationsbedarf umfasst, wird umgesetzt, indem Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeutinnen und -therapeuten Diagnose, Indikationsstellung, die Koordination der Behandlung übernehmen können.</p>	<p>Behandlungsplan und Krisenplan sollten die Ressourcen des berufsübergreifenden Netzwerkes enthalten.</p> <p>Eine flexible und „vertraute Synergien nutzende“ Krisenbewältigung verbessert die Prognose</p> <p>Vgl. §1 Abs 3</p>
6	2	KBV/PatV	<p>Soziotherapeutinnen und -therapeuten, welche über eine sehr gute fachliche Qualifikation verfügen, soll eine zentrale und auch koordinatorische Funktion zukommen.</p> <p>Regelmäßige aufsuchende Termine sind für Bezugsbehandelnde schwerer umsetzbar, da sie ihren Versorgungsauftrag noch erfüllen müssen.</p>	<p>Soziotherapeutinnen und -therapeuten, verfügen über eine sehr gute fachliche Qualifikation.</p>

			Das Berufsbild Psychologin/Psychologe ist als akademischer Lehrberuf aus der Liste zu streichen	
6	3	PatV/KBV	Alle Mitglieder des Netzwerkes betreffend sollte jeweils auf in die Behandlung bereits involvierte Leistungserbringende zurückgegriffen werden. Schwer Erkrankte sollen nicht „abgeschoben“ werden.	Siehe §4, Abs 10
7	1	alle	Eine zügige Netzwerkzuordnung sowie eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation sind zu begrüßen, ebenso wäre es wünschenswert, wenn die „sichere elektronische Kommunikation“ die Interoperabilitätskriterien für die TI und gängige PVS-Systeme erfüllt. Regelmäßige Netzverbundkonferenzen sind ebenso zu begrüßen wie regelmäßige Fallbesprechungen. Hierzu müssen entsprechende Leistungsziffern erarbeitet und auf zeitliche begrenzte Ressourcen geachtet werden. Für die Fallbesprechungen sind die Kriterien der KBV realistischer als die des GKV-Spitzenverbandes, sie sollten auch fernmündlich/virtuell durchführbar sein (sonst ist eine Frequenz alle 4-6 Wochen kaum zu leisten)	
7	2	Alle	Bei der Praktizierung einer Netzwerk-Sprechstunde und Überweisung an Netzwerkmitglieder soll kein genereller Behandlerwechsel erfolgen. Es muss sichergestellt werden, dass bereits Behandelnde die Netzwerkbehandlung maßgeblich fortführen	Siehe §4 Abs 10
7	3	alle	Telefonische und videogestützte Kommunikation soll natürlich möglich sein; auch kann eine Unterstützung durch DiGAs erfolgen, aber nur solange der persönliche Kontakt als Regelfall gewährleistet ist.	Verschiedene Kontaktmedien erhöhen die Flexibilität; DiGas können Therapien unterstützen. Beides ersetzt den persönlichen Behandelnden – Patient*innenkontakt aber nicht.
7	4	alle	Verständliche und geeignete Kommunikationshilfen für Erkrankte (z.B. Informationsunterlagen oder ein schriftlicher Krisenplan) sind zweckmäßig.	

8	2-5	alle	Der Zugang sollte so niedrigschwellig wie möglich sein. Deshalb sollten auch sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Beratungsstellen, stationär Behandelnde und z.B. Hausärztinnen und Hausärzte empfehlen dürfen (vgl. Vorschlag PatV). Eine Indikationsstellung zum Netzwerk sollte dabei nur über die entsprechenden fachärztlichen oder psychologisch psychotherapeutisch Behandelnden erfolgen. Zum Zwecke einer schnellen Zuführung zum Netzwerk müsste geklärt werden, inwieweit diese Kapazitäten bereithalten müssten. Dass eine Empfehlung mit einer zeitnahen Sprechstunde zum Netzwerk verbunden sein soll, begrüßen wir - weisen hier aber auch wieder auf die Versorgungsrealitäten hin. Sinnvoll ist dabei, dass Empfehlende direkt bei den indikationsstellenden Behandelnden für den Erkrankten einen Termin ausmachen können (mit Einverständnis der Erkrankten).	Ein niederschwelliger Zugang ist extrem wichtig, da komplex Erkrankte Hürden (wie z.B. einen Facharzttermin realisieren) nur schwer überwinden können und i.d.R. sehr kurzfristig Hilfe benötigen. Hierfür müssen zusätzliche Ressourcen geschaffen werden.
9	1	DKV/PatV	Im Rahmen der Eingangssprechstunde kann allenfalls ein vorläufiger Behandlungsplan erstellt werden, der in der individuellen Fallbesprechung konkretisiert werden muss.	Diagnostik und Anamneseerhebung/ Problemdefinition brauchen mehr Zeit als ein Eingangsgespräch und sollten Netzwerkteam rückgekoppelt werden.
9	3	PatV/KBV	Maßnahmen aus dem SGB IX sind essentiell und sollten im Netzwerk von Anfang an Berücksichtigung finden ( <b>Nicht nur als Hinweis!</b> ). Als sehr positiv erachten wir den Vorschlag, notwendige Hilfen für Kinder und Angehörige zu vorzuhalten.	Vgl. §3 Abs 4
9	5	KBV/ PatV DKG	Wenn es eine parallele Behandlung zum Netzwerk gäbe, dürfte sie immer von Erkrankten intendiert sein. Ein solcher Fall sollte im Netzwerk erörtert und eine Einbettung der Parallelbehandlung in die Netzwerkbehandlung sollte primär versucht werden.	Netzwerkbehandelten darf der Weg zu Strukturen innerhalb der „normalen“ Versorgung nicht verwehrt werden. Auch die Netzwerkbehandlung kann z.B. nicht den Erwartungen der Erkrankten entsprechen.
9	7	PatV/KBV	Aufsuchende Angebote sind im Rahmen der Netzwerkbehandlung unbedingt zu ermöglichen.	Nur so können schwer und komplex Erkrankte z.B. in Krisen angemessen versorgt werden.



10	1	PatV	Die Patientin oder der Patient ist genauso wie weitere an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans <i>zu beteiligen</i> ; die Verantwortung verbleibt jedoch bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten	Vgl. §3 Abs 4 Psychotherapeutische Ziele können nur mit einem Konsens bzgl. Störungsverständnis und Behandlungsstrategie erfolgreich behandelt werden.
10	4	alle	Wie verweisen hier auf unsere Anmerkungen §5 Abs 4; die gesonderte Erstellung eines Krisenplanes ist zu wichtig und dabei sind z.B. Krisenbetten für die Nacht oder Wochenendhilfen in Kooperation mit (teil)stationären Strukturen/Betreutem Wohnen oder sonstige psychosoziale Strukturen oder Krisendienste zu integrieren.	Vgl. §5 Abs 4
11		alle	Bei den beschriebenen Telefon-Kontakten muss feststehen, dass die persönlichen, realen Kontakte die Regel sein müssen. Die Einschätzung, wie häufig welche Kontakte realisiert werden, sollte Teil des Behandlungsplanes sein und in Absprache mit den Netzwerkbehandelnden von den Bezugärzten/-Psychotherapeuten, Bezugärztinnen- und Psychotherapeutinnen festgelegt werden	Schwer psychisch Erkrankten werden vorrangige telefonische Kontakte nicht gerecht.
12	1	alle	Auch psychologisch-psychotherapeutische Beschäftigte eines Krankenhauses sind in der Lage, ein Entlass- und Aufnahmemanagement durchzuführen und weiterführende Maßnahmen zu erarbeiten und vorzubereiten - insb. wenn das KH Netzwerkbestandteil ist.	Vgl. §1 Abs 3
12	2	Alle	Zwischen aufnehmendem/entlassendem Netzwerk-Krankenhaus und Bezugsbehandelnden sollte eine ausführliche Übergabe mit Angaben erfolgen (auf Wunsch. im Beisein der Erkrankten) – nicht lediglich der Austausch von Arztbriefen.	Eine gründliche und persönliche Übergabe schafft eine hilfreiche Behandlungsatmosphäre und transportiert viele Fachdetails.

	3	alle	Besteht noch keine Anbindung an ein Netzwerk, sollte ein Erstkontakt auch in den Räumen des Krankenhauses, der ambulanten Kassenpraxis oder der Soziotherapie erfolgen können	So ist ein nahtloser Übergang stationär in ambulant möglich und dies verringert die Rückfallgefahr.
			Ein Kontakt zur Beziehungsaufrechterhaltung zwischen Bezugsbehandelnden oder Soziotherapie und Erkrankten soll generell während der stationären Behandlung möglich sein (z.B. kurzes Telefonat oder kurzer Termin bei Wochenenderprobung).	
13	1	alle	Für den Behandlungserfolg ist eine regelmäßige quartalsweise Beurteilung des Behandlungsfortschritts und die Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele erforderlich. Dies ist in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele des Behandlungsplans anzupassen (Position KBV) Bei der Evaluation der Zielerreichung ist unbedingt auch die Beurteilung durch die Erkrankten selbst (z.B. mithilfe einer Zielerreichungsskalierung) einzuholen.	Hierbei handelt es sich um Behandlungsstandards in der Psychotherapie.
	2	alle	Eine Rückfallprophylaxe sollte nicht nur bei der Überleitung in das Regelversorgungs-System gemacht werden, sondern sollte bereits Bestandteil des Behandlungsplanes bei fortgeschrittener Behandlung sein. Die personelle Kontinuität sollte auch in dieser Übergangsphase gewahrt werden	Hierbei handelt es sich um Behandlungsstandards in der Psychotherapie.

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

VPP im BDP e.V.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	X

**VPP im BDP e.V.**

Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.

Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.

Wir nehmen nicht teil. Auch bei zeitlichen Änderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.

Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.

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

**Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)**

**Vorbemerkung**

Als Diakonie befürworten wir die Intention des Gesetzgebers, die Versorgung insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung spürbar zu verbessern. Kritisch sehen wir den Ansatz, dies allein aus der Perspektive des SGB V heraus umzusetzen. Gesundheitsbezogene Leistungen für diese Zielgruppen sind kontextbezogen zu erbringen und daher oft nicht nur sektoren- sondern auch sozialleistungsträgerübergreifend zu planen und zu organisieren. Die Gesamtschau auf den individuellen Unterstützungsbedarf und alle möglicherweise zu erbringenden Leistungen steht am Anfang und erst in einem zweiten Schritt werden einzelne Leistungen in die Logik ihrer Handlungsfelder überführt und ausgestaltet. Sie müssen aber aufeinander bezogen bleiben.

Dies erfordert – wenn nur Regelungen im Bereich des SGB V zu treffen sind - dass zumindest die Anschlüsse und die Zusammenarbeit mit Leistungen anderer Sozialgesetzbücher im SGB V von Anfang an mitgedacht, verbindlich geregelt und dann auch finanziert werden. Darüber hinaus müssen Leistungen im Gesundheitsbereich, die insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, bedeutsam sind, auch faktisch sowie bedarfsgerecht für diese Gruppe zur Verfügung stehen. Eine gemeinsame, regionale Versorgungsverantwortung aller psychiatrischen Leistungserbringer ist gesetzlich zu normieren. (Dies überschreitet die Reichweite einer Richtlinie und kann durch diese allenfalls konkretisiert werden). Um die Zugänglichkeit therapeutischer Angebote bzw. deren Erreichbarkeit gerade für Menschen mit schweren Krankheitsverläufen zu erhöhen, plädieren wir sehr dafür von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, die in den Eckpunkten der Entscheidung ausgeführt wird: Es handelt sich bei den Leistungen nach § 92 Abs. 6b um eine spezifische Versorgungsform, die Leistungsinhalte aus anderen Richtlinien des G-BA so anpassen sollte, dass sie dem Ziel einer besseren Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gerecht werden können. Dies betrifft z.B. die Soziotherapie, die auch die Inanspruchnahme und Koordinierung von Leistungen anderer Sozialgesetzgeber umfassen sollte sowie psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Settings, die über die Richtlinienpsychotherapie hinausgehen.

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

20.01.2021				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>Beispiele:</b>				
§1 Zweck und Versorgungsziele	2 3.	KBV/DKG/GKV-SV	Diese Position lehnt die Diakonie ab.	Die Ausrichtung auf die Vermeidung oder Verkürzung eines stationären Aufenthaltes ist nicht für jede Patientin / jeden Patienten zielführend. Im Einzelfall kann gerade eine frühzeitige Einweisung in die Klinik für einen positiven Behandlungsverlauf zentral sein.
	3	KBV/PatV	<p>Die Diakonie unterstützt die Position der KBV/PatV, nach der die Behandlungsleitung auch durch ein/e Bezugstherapeut/in erfolgen kann. Unter 9. sollte statt Erleichterung der Kooperation „<b>verbindliche Kooperation</b>“ aufgelistet werden</p> <p>Darüber hinaus sprechen wir uns für folgende Ergänzung als Ziel der Richtlinie aus: Begleitung von Menschen in ihrer Ambivalenz bzgl. einer psychiatrischen Behandlung, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und Beratung über Behandlungsmöglichkeiten, um so die Voraussetzungen für einen gelingenden Therapie- und Behandlungsprozess zu</p>	Die Erfahrung zeigt immer wieder, dass es gerade diejenigen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind, die sich in Bezug auf die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten skeptisch, zögerlich und /oder ambivalent zeigen, die vom Gesundheitssystem nicht oder zu spät erreicht werden. Erkrankungen chronifizieren so oft und führen später zu eigentlich vermeidbaren Klinikaufenthalten bzw. zu Zwangsbehandlungen. Um die Zielgruppe der Richtlinie nicht zu verfehlen, sind Angebote zur Etablierung von Vertrauen und partizipativer Entscheidungen elementar.

			<p>schaffen. Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen stehen am Beginn einer Behandlungsaufnahme oft motivierende Gespräche.</p>	<p>Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wird oft Abstinenz bzw. der Wille, abstinent zu leben, vorausgesetzt, um Behandlungsangebote wie z.B. Psychotherapie in Anspruch nehmen zu können. D.h. das mögliche Ziel einer Behandlung wird zu deren Voraussetzung gemacht.</p>
<p>§ 2 Definition Der Patientengruppe</p>	1	DKG/PatV	<p>Die Diakonie Deutschland und der BeB schließen sich dem Vorschlag von DKG/PatV an.</p>	<p>Der Vorschlag der GKV setzt eine hohe Compliance voraus. Dies ist kontraproduktiv und bestätigt nur den Ausschluss derjenigen, die am dringendsten Hilfe und Behandlungsangebote benötigen und steht im Widerspruch zum Ziel und Zweck der Richtlinie. Die Stellungnahme der DKG(PatV setzt die Feststellung einer funktionalen Einschränkung voraus. Wir schlagen vor, diese Definition zu erweitern und auch die Menschen mit einzubeziehen, bei denen eine <u>Vermutung</u> auf eine funktionale Beeinträchtigung besteht, die erst im Zuge eines weiteren Prozesses verifiziert werden kann. Beim Beziehungsaufbau zu schwersterkrankten Menschen steht die Diagnose nicht am Anfang der Prozesses sondern sie ist ein erstes Ergebnis des Prozesses.</p>
	2	KBV/DKG/PatV	<p>Die Diakonie unterstützt die Positionen der KBV/DKGund PatV, da die Schwere</p>	

	3		<p>psychischer Erkrankungen sich nicht nach der zugrundeliegenden Diagnose richtet, sondern mit den Einschränkungen in Verbindung steht, die Patient*innen durch ihre Erkrankung erfahren. Zu ergänzen ist die <u>begründete Vermutung</u> als Leistungsvoraussetzung.</p> <p>In Absatz (3) wäre zu prüfen, ob eine schwere Symptomatik und eine bestehende krankheitsbedingte geringe Mitwirkungsfähigkeit Ausgangspunkt der koordinierten Behandlungsleistung sein können.</p>	
§ 3 Teilnehmende Leistungserbringer*innen	1		Um die Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu verbessern, sollten auch Fachärzt*innen mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation für die Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein.	
	2	GKV-SV	Dis Diakonie schließt sich der Forderung an, dass nur Kliniken zugelassen werden, die auch über eine Psychiatrische Institutsambulanz verfügen.	
	4	GKV-SV/PatV	Wir schließen uns der Position von GKV-SV und PatV an, nach der zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie Leistungserbringer der Ergotherapie, der häuslichen	



	5	DKG	<p>Krankenpflege und der Soziotherapie berechtigt sind.</p> <p>Für die koordinierenden Funktionen könnten auch Mitarbeitende von Suchtberatungsstellen in Frage kommen, die für diese Leistung von der Krankenversicherung finanziert werden müssten</p> <p>Hier plädieren wir um die Ergänzung, dass im Rahmen der besonderen Versorgungsform nach § 92 Abs. 6b SGB V definierte Leistungsinhalte von den Richtlinien der Regelversorgung abweichen können, um Ziel und Zweck der neuen Versorgungsform realisieren zu können. Dies betrifft z.B. die Soziotherapie sowie die Richtlinien-therapie.</p>	
§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes	2	PatV	Hier schließt sich die Diakonie den Positionen der PatV an, mit der Ergänzung, dass es sich um regionale Netzwerke handeln soll.	Wie in der Vorbemerkung ausgeführt, müssen die Leistungen von Menschen mit schweren psychischen
	3	PatV	Die Vorschläge der PatV werden von der Diakonie unterstützt. Ergänzt werden soll die Beschäftigung von Genesungsbegleiter*innen, bei mindestens einem beteiligten Leistungserbringer des Netzverbundes.	
	5	PatV	Der Stellungnahme der PatV ist ausdrücklich in dieser Differenzierung zuzustimmen. Zu ergänzen sind noch	

			<p>Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.</p> <p>Es stellt sich die Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen dem Netzverbund und den bestehenden Gemeindepsychiatrischen Verbänden vor Ort ausgestaltet werden soll. Dies gilt auch für etwa vorhandene Suchthilfeverbände.</p>	<p>Erkrankungen sozialleistungsträgerübergreifend konzipiert, geplant und durchgeführt werden. Deswegen fordert die Diakonie explizit die Bildung von bzw. (wo vorhanden) die Kooperation mit Gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen (GPV), die meist von den Stadt- und Landkreisen auf kommunaler Ebene gesteuert werden und alle Leistungserbringer und die Selbsthilfe einbeziehen. Auf diese Weise ist die Vernetzung auch mit dem Eingliederungshilfebereich und dem Bereich der SpDi im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge(ÖGD) zu gewährleisten. Innerhalb des GPV soll dann der Netzverbund verortet werden, der die komplexe medizinische Behandlung koordiniert. Ist dieser Bestandteil eines Teilhabepans nach SGB IX ist die Zusammensetzung im GPV abzustimmen. Eine bloße Begrenzung der fallbezogenen Kooperation im Rahmen des Netzwerkvertrags auf Leistungserbringer des SGB V ist nicht ausreichend.</p>
	6	GKV-SV	<p>Die Diakonie unterstützt die Position, dass die teilnehmenden psychiatrischen Kliniken spez. qualifizierte Entzugsbehandlungen durchführen</p>	<p>Substanzbezogene Störungen weisen unter allen psychischen Störungen die niedrigsten Behandlungsraten im SGB V auf.</p>

			<p>können sollen. Eine Brücke zwischen dem Netzwerk und den störungsspezifischen Behandlungs- und Beratungsangeboten der Suchthilfe sind die Suchtberatungsstellen. Mit diesen sind Kooperationsabsprachen zu treffen, wobei der Aufwand und die Ressourcen für die Kooperation für alle Beteiligten honoriert werden muss.</p>	<p>Gleichzeitig können gerade diese zu erheblichen psychosozialen Einschränkungen mit intensiver Inanspruchnahme des Versorgungssystems führen, das dem komplexen Behandlungsbedarf jedoch zu wenig Rechnung trägt. Um die Potentiale des differenzierten Suchthilfesystems zielgerichteter und frühzeitiger zu nutzen, ist die zentrale Rolle der Suchtberatungsstellen für die Zugänglichkeit der Gesundheitsleistungen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu stärken</p>
	7	DKG	<p>Die Diakonie Deutschland und der BeB stimmen der Position der DKG zu. Die in § 3 genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Netzwerk nach § 4 bilden, sind zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt, soweit sie die Voraussetzungen nach § 3 und § 4 erfüllen. Einen Genehmigungsvorbehalt durch die KV lehnt die Diakonie ab.</p>	
	8		<p>Hier schlagen wir vor, dass Änderungen im Vertrag - wo vorhanden - im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu beraten und der KV mitzuteilen sind.</p>	

	10	PatV	Die Diakonie schließt sich den Positionen der PatV an, um einerseits Behandlungsabbrüche zu vermeiden und andererseits die Durchsetzung des Patient*innenwillens zu stärken.	
§ 5 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut	1	PatV	Hier folgt die Diakonie dem Vorschlag der PatV. Denkbar als Bezugspersonen sind die unterschiedlichen Fachärzt*innen, ergänzt um Fachärzt*innen mit suchtmmedizinischer Qualifikation sowie psychologische Psychotherapeut*innen. Zu ergänzen ist, dass die Leistungen der Bezugspersonenarbeit unter ärztlicher /psychotherapeutischer Verantwortung auch an andere Professionen delegiert werden können, wie z.B. Soziotherapeut*innen oder Mitarbeitende aus Suchtberatungsstellen, die für diese Leistung aus Mitteln der Krankenversicherung finanziert werden müssten.	
	2	PatV	Auch hier spricht sich die Diakonie für die Position der PatV aus. Wir schlagen vor, dies dahingehend zu ergänzen, dass Teile der Aufgaben der Bezugsperson in der Eingangssprechstunde an weitere Personengruppen aus dem Netzwerk übertragen werden können, wie z.B. Soziotherapeut*innen	

	4	GKV-SV/PatV	<p>oder Sozialarbeiter*innen in der Rolle als koordinierende Bezugspersonen.</p> <p>Hier schließen wir uns den Ausführungen der PatV an, die um die Einleitung von stationsäquivalenten Behandlungen und Überweisen zu Leistungen der medizinischen Reha ergänzt werden sollten.</p> <p>Darüber hinaus fehlt die Möglichkeit, dass vor einer raschen Zuweisung in die Behandlung eine Phase der Vertrauensbildung notwendig sein kann, die der Herstellung der konsensuellen Behandlungsbereitschaft dient. Für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen übernehmen diese Funktionen häufig Suchtberatungsstellen.</p> <p>Bei Komorbidität von schweren psychischen Erkrankungen und einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung sind – falls erforderlich – Behandlungen anzubieten, die alle behandlungsbedürftigen Diagnosen umfassen.</p>	
	1	PatV	<p>Hier schließt sich die Diakonie der Position der PatV an. Die koordinierende Bezugsperson sollte dabei möglichst jemand sein, der oder die schon an der Behandlung beteiligt ist und zu der die oder der Patient*in bereits eine vertrauensvolle Beziehung</p>	

			hat. Hier kämen ggf. auch Mitarbeitende der Suchtberatungsstellen in Frage.	
§ 7 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes	1 2.          11.   4	KBV/DKG/PatV	<p>Die Diakonie Deutschland und der BeB schließen sich den Ausführungen von KBV/DKG und PatV an.</p> <p>Diese sind jedoch dahingehend zu ergänzen, dass zu Beginn durch eine Phase der Kontaktabahnung eine entsprechende Behandlungsbereitschaft ggf. erst aufgebaut bzw. durch motivierende Gespräche hergestellt wird.</p> <p>Die Standardentwicklung ist eine wesentliche Aufgabe des GPV, dessen Teil der Netzverbund ist.</p> <p>Die Koordination des Netzverbundes sollte über das Steuerungsgremium des GPV – wo vorhanden – erfolgen.</p>	Die Koordination des Netzverbundes bezieht ihre Legitimation durch die Gremien des GPV und dem dort formulierten Anspruch, allen psychisch erkrankten Menschen in einer Region – unabhängig von Art, Dauer und Schwere der Erkrankung - ein Behandlungs- oder anderes Unterstützungsangebot zu unterbreiten.
§ 8 Zugang	2	PatV	Wir schließen uns den Ausführungen der PatV an. Wichtig ist die Forderung, dass die Vermittlung auch durch Sozialpsychiatrische Dienste oder Psychosoziale Beratungsstellen bzw. Suchtberatungsstellen erfolgen kann und dies auch bei einer bloßen	

	5	DKG/KBV/PatV	<p>Vermutung auf eine Behandlungsindikation.</p> <p>Statt Verdacht schlagen wir den Begriff Vermutung vor. Darüber hinaus sind unbedingt Suchtberatungsstellen mit aufzuführen.</p> <p>Hier wird gefordert, dass der Netzwerkverbund für Patient*innen mit einer Empfehlung einen Zugang zur <u>Eingangssprechstunde</u> innerhalb von sieben Werktagen nach Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung sicherzustellen hat.</p> <p>Für Patient*innen, die noch unsicher sind, ob sie sich in Behandlung begeben (können), sollte ein längerer Motivationsprozess bzw. Aushandlungsprozess konzipiert werden, um der oft auch krankheitsbedingten Ambivalenz bzw. der Ambivalenz bezüglich des Substanzkonsums Rechnung zu tragen.</p>	
§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung	1	PatV	<p>Nach Einschätzung der Diakonie weisen die Patientenvertreter zu Recht auf die Möglichkeit hin, den Prozess mit einer vorsichtigen Erstdiagnose zu beginnen und dann einen vorläufigen Behandlungsplan aufzustellen.</p>	Das verweist auf die Notwendigkeit, ergebnisoffene Prozesse zu gestalten, in denen sich Behandlungsbereitschaft und Behandlungsziele entwickeln können.
	3	KBV/DKG/PatV	<p>Hier wird zu Recht auf die Einbeziehung anderer Hilfsangebote sowie auf die Prüfung, ob Hilfen für Kinder und 7 oder</p>	

	7	KBV/PatV	<p>weitere An- und Zugehörige erforderlich sind, Bezug genommen.</p> <p>Die Diakonie Deutschland und der BeB befürworten ausdrücklich die Position von KBV und PatV, Patient*innen im Bedarfsfall und wenn sie dies wünschen, aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld zu ermöglichen. Der Hinweis auf die koordinierte Zusammenarbeit mit den jeweiligen gemeindepsychiatrischen Verbänden geht in die richtige Richtung. Dies gilt ebenso für die besondere Berücksichtigung der Belange von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Die aufsuchende Therapie ist durch Recovery Ansätze und Empowerment zu ergänzen.</p>	
§ 10 Gesamtbehandlungsplan	1	PatV	<p>Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans sind an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen (PatV). Der Behandlungsplan sollte dabei sinnvollerweise mit dem Teilhabeplanungsprozess nach SGB IX verschränkt werden, wenn Patient*innen entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen bzw.</p>	



	3    4	PatV	<p>ein möglicher Unterstützungsbedarf erst noch zu ermitteln ist.</p> <p>Der Hinweis auf die Notwendigkeit der koordinierenden Bezugsperson ist aus Sicht der Diakonie wichtig und zu unterstützen. Hier sind auch Mitarbeitende der Suchtberatungsstellen zu nennen.</p> <p>Aus Sicht der Diakonie sollte der Kriseninterventionsplan auch Angaben dazu erhalten, wie die Patient*innen die Ansprechpartner*innen für Krisensituationen aus dem Netzwerk kontaktieren können und wie schnelle Hilfe rund um die Uhr erreicht werden kann. Zeigen sich hierbei Versorgungsdefizite sind diese an die KV zu melden.</p>	
§ 11 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund		PatV	Auch hier unterstützt die Diakonie die Position der PatV	
§ 12 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs	2		Neben der Übermittlung des Entlassbriefes durch das Krankenhaus beim Übergang in die Versorgung an die/ den Bezugsarzt bzw. -ärztin oder Bezugspsychotherapeut*in unterstützt die Diakonie auch die Forderung, dass die koordinierende Person nach § 10 Absatz 3 über den voraussichtlichen Entlasstag informiert wird.	

	3		<p>Eine Kontaktaufnahme mit dem Netzverbund erst im Rahmen der Entlassungsdiagnostik ist zu spät, um nahtlose Übergänge zu gestalten.</p> <p><u>Vor</u> der Entlassung aus stationären Behandlungseinrichtungen müssen Abstimmungsgespräche <u>im</u> Krankenhaus stattfinden und entsprechend vergütet werden.</p>	
§ 14 Evaluation			<p>Die Evaluation sollte nach Einschätzung der Diakonie auch die Frage einbeziehen, welche Patient*innengruppe genau erfasst wurde und welche Personengruppen mit schweren Krankheitsverläufen ggf. nicht erreicht oder explizit ausgeschlossen wurden.</p>	
			<p>Die Leistungsmodule der KBV verstehen wir als Orientierung und nicht als abschließende Listung. Sie sind beispielsweise durch folgende Leistungen zu ergänzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zu Beginn Gespräche zur Kontaktabklärung bzw. zur Motivierung, sich mit der eigenen Erkrankung weiter/wieder auseinander zu setzen und sich auf eine Behandlung einlassen zu können.</li> </ol>	

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche (jenseits der Richtlinienverfahren)</li> <li>3. psychotherapeutische Kriseninterventionen</li> <li>4. Psychotherapeutische Kurztherapie</li> <li>5. Familientherapie</li> <li>6. Peer-Beratung und Begleitung durch Genesungsbegleiter*innen</li> <li>7. Aufsuchende oder ambulante medizinische Rehabilitation</li> <li>8. Netzwerkgespräche mit relevanten Bezugspersonen von Patient*innen aus deren sozialen Umfeld</li> </ol> <p>Wichtig ist, dass der Krisenplan wie auch der Gesamtbehandlungsplan und mögliche Teilhabepläne aufeinander abgestimmt werden. Positiv hervorzuheben, ist die abschließende und explizite Erwähnung der Kooperation mit den GPV.</p>	
--	--	--	---	--

**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021**

**Diakonie Deutschland**  
**Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung**  
**Caroline-Michaelis-Straße 1**  
**10115 Berlin**  
Korrespondenzemail: [Katharina.Ratzke@diakonie.de](mailto:Katharina.Ratzke@diakonie.de)

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

## **Beschlussentwurf zur Erstfassung der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V**

### **Stellungnahme der DHS**

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, Stellung beziehen zu dürfen.

#### **§ 1 Zweck und Versorgungsziele**

Das Ziel dieser Richtlinie, eine Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf berufsgruppen- und einrichtungsübergreifend zu gewährleisten, begrüßen wir sehr.

Menschen, die von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen sind, zählen ebenfalls zur Zielgruppe. Für sie ist die parallele, übergreifende Organisation von Behandlungsmaßnahmen, u.a. zur (Wieder-)Eingliederung und Teilhabe von besonderer Bedeutung. Dazu nehmen die betroffenen Menschen Leistungen in Einrichtungen der Suchthilfe (Suchtberatung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Nachsorge u.v.m.) in Anspruch. In diesen Einrichtungen erfolgt die Versorgung der Klienten und Klientinnen, Patientinnen und Patienten, Bewohner und Bewohnerinnen auch durch Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Suchttherapeutinnen und -therapeuten und ähnliche Berufsgruppen. Deshalb ist es uns ein besonderes Anliegen, im Sinne einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise bzw. einer ICF-Orientierung, den Fokus bei der Behandlung NICHT ausschließlich auf die medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen zu legen, sondern tatsächlich eine multiprofessionelle Behandlung zu gewährleisten.

#### **§ 1 Abs. 2**

Wir weisen darauf hin, dass gerade für abhängigkeitskranke Patientinnen und Patienten ein stationärer Aufenthalt hilfreich sein kann, um aus dem belastenden und teilweise rückfallrisikoerhöhendem Umfeld/der belastenden Situation herauszukommen und Bewältigungsstrategien und eine Rückfallprophylaxe in einem stationären Setting zu erarbeiten. Deshalb darf als Ziel (unter § 1 Abs. 2, Punkt 3) nicht die generelle Vermeidung und/oder Verkürzung des stationären Aufenthaltes gesondert benannt werden. Dies ist auch hier vom diagnostizierten und erforderlichen Behandlungsbedarf abhängig. Zusätzlich wäre es sinnvoll, als Ziel (unter § 1 Abs. 2, Punkt 3) einen erleichterten Übergang zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu formulieren, wie auch unter § 3.

#### **§ 2 Definition der Patientengruppe**

In der Anspruchsberechtigung (Abs. 1) wird von einer „hinreichenden Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ ausgegangen. (Nicht nur) Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen werden Leistungen der Beratung und Behandlung aber auch mit dem Ziel erbracht, zu einer (weiterführenden) Behandlung zu motivieren und den Hilfesuchenden geeignete Behandlungsangebote aufzuzeigen. Dabei wird die Selbstbestimmung und Autonomie der Klientel stets gewahrt.

#### **§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes**

Abs. 5 regelt den bedarfsgerechten Einbezug von Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Berufsgruppen oder Einrichtungen. Die Inanspruchnahme des aufeinander aufbauenden und erfolgreich arbeitenden Versorgungssystems der Suchthilfe mit ihren komplementären Angeboten und Hilfeleistungen der Eingliederungshilfe, der Rehabilitation, der Suchtberatung und Suchtnachsorge, zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Selbsthilfe tragen für abhängigkeitskranke Menschen nachweislich dazu bei, die Chronifizierung und die Folgen (auch Folgekosten) von Abhängigkeitserkrankungen zu verringern sowie die soziale Integration zu fördern und zu stabilisieren. Deshalb möchten wir an dieser Stelle die Möglichkeit des Einbezugs eben dieser bekräftigen.

#### **§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten**

In Abs. 2 wird die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch aufgeführte Berufsgruppen geregelt. Auch hier möchten wir auf die notwendige Interdisziplinarität hinweisen. Die Versorgung von Abhängigkeitskranken leisten auch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Sozialpädagogen/-pädagoginnen, Suchttherapeuten und -therapeutinnen und ähnliche Berufsgruppen. Eine Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten muss somit ebenfalls an diese Berufsgruppen erfolgen können.

#### **§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung**

Die unter Abs. 3 angestrebte Möglichkeit, bei Bedarf auch auf Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V zu verweisen sowie zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie zu prüfen, ob Hilfen für Kinder oder An- und Zugehörige der Patientinnen und Patienten erforderlich sind, begrüßen wir ausdrücklich.

#### **§ 10 Gesamtbehandlungsplan**

(Abs. 1/KBV) Wir unterstützen den partizipativen Ansatz/die partizipative Formulierung hinsichtlich der Einbeziehung der Leistungsberechtigten in Entscheidungsprozesse sehr und begrüßen deshalb die Bestrebungen, den individuellen, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteten Gesamtbehandlungsplan stets in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten zu erstellen. Dies würde maßgeblich zur Stärkung der Teilhabe der leistungsberechtigten Menschen beitragen.

Hamm, 26.01.2021

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

### **Vorbemerkung:**

Die Aktion Psychisch Kranke begrüßt grundsätzlich die in dem Entwurf enthaltenen Ansätze, die Koordination von ambulanten Behandlungsleistungen für schwer psychisch erkrankte Menschen zu verbessern. Die Richtlinie kann dazu dienen, die Versorgung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten mit additiven Leistungen zu verbessern.

Die neue Richtlinie sollte sich grundsätzlich und ausschließlich auf eine bessere Vernetzung der bestehenden Behandlungsangebote ohne Einschränkung von deren Funktion konzentrieren. Sie darf keinesfalls psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen und andere bestehende Angebotsformen schwächen, die bereits berufsgruppenübergreifende, koordinierte Versorgung anbieten und damit einen wirksamen und bewährten Beitrag zur Gesamtversorgung leisten.

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

Als ambulanten Komplexleistungen haben wir Behandlungsleistungen von einem multiprofessionellen Behandlungsteam beschrieben bzw. Behandlungsleistungen von mehreren Leistungserbringern, die so intensiv koordiniert werden, dass die Bezeichnung *wie aus einer Hand* gerechtfertigt ist. Es geht dabei insbesondere darum, Leistungen möglichst flexibel und individuell passgenau zu ermöglichen und personenzentriert sowie lebensfeldorientiert zu organisieren. Diese Anforderungen kollidieren oft mit den leistungserbringerrechtlichen Regelungen an die ambulante Leistungserbringung.

Bisher fehlte es einer gesetzlichen Grundlage für ambulante Komplexleistungen. Die Aktion Psychisch Kranke befasst sich aktuell vor allem im Zusammenhang mit dem vom BMG durchgeführten „Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ mit Reformbedarfen im Interesse psychisch erkrankter Menschen. Die APK empfiehlt die Einfügung der neuen Leistungsform „Ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke“ ins SGB V:

Solch eine gesetzliche Verankerung würde auch eine weitergehende Rechtsgrundlage für diese Richtlinie abgeben.

## Detaillierte Stellungnahme zum Entwurf

Erläuterung zu Abkürzungen:

- berufsgruppenübergreifen, strukturierte und koordinierte Versorgung: BSKV)
- Patientenvertretung: PV
- Gesetzliche Krankenversicherung-Spitzenverband: GKV
- Deutsche Krankenhausgesellschaft: DKG
- Kassenärztliche Bundesvereinigung: KBV

Aktion Psychisch Kranke e.V.				
25.01.2021				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1	2	GKV/DKG	Keine Zustimmung	Auch Patienten und Patientinnen mit einfachen psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bei gleichzeitig erheblichen somatischem Behandlungsbedarf können einen komplexen Behandlungsbedarf haben. Der Koordinationsbedarf besteht in der Abstimmung zwischen der psychiatrisch/psychotherapeutischen und der somatischen Behandlung
1	2.1.	GKV/DKG	Keine Zustimmung zu <i>bundesweit</i>	Die Versorgung wird nicht bundesweit verbessert. Berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung



				<p>wird bereits von psychiatrischen Institutsambulanzen geleistet. Insbesondere die bedarfsbezogenen vergüteten PIAs (Bayerisches Modell) versorgen ambulant schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf weitgehend nach den Kriterien des vorgelegten Beschlussentwurf mit Ausnahme des Netzverbundes und der systematischen Koordination mit außerhalb der PIA erbrachten Behandlungsleistungen. Problematisch ist hier, dass es Ausschlüsse von Leistungen parallel zur Behandlung durch die PIA gibt, z.B. PIA gemäß § 118 Abs. 2 SGB V plus ambulante Richtlinienpsychotherapie.</p>
1	2.1	KBV/DKG/PV	Ergänzung wird zugestimmt; aber sie sollte erweitert werden um den Aspekt „und flexible“	Die Flexibilität der Leistungsangebote (zeitlich, örtlich, Intensität usw.) sollte ein wesentliches Merkmal der berufsgruppenübergreifenden strukturierten und koordinierten Versorgung (BSKV).
1	2.3		Änderung: Verkürzung und Vermeidung von <i>nicht erforderlichen</i> stationären Aufenthalten	Nicht jede Verkürzung und Vermeidung von stationären Aufenthalten ist ein Gewinn. Auch während BSKV könne stationäre oder teilstationäre oder stationsäquivalente Behandlungen erforderlich sein.

1	3		Wir schlagen vor die Änderung des Punktes 9: <i>...Kooperation mit Angeboten außerhalb des Netzwerkverbundes darunter auch Angebote außerhalb des SGB V</i>	
2	1	GKV	Keine Zustimmung zu Voraussetzung Mitwirkungsfähigkeit.	Begründung: im späteren Text wird die Einbeziehung von mindestens zwei Behandlungsmaßnahmen als konstituierendes Merkmal der BSKV genannt. Eine Prüfung dieses Merkmals als Voraussetzung ist verzichtbar und geeignet den Zugang zu erschweren.
2	1	KBV/DKG/PV	Zustimmung, aber Notwendigkeit einer gesetzlichen Verankerung	Der Anspruch kann nicht in einer Richtlinie begründet werden; sinnvoll wäre die Aufnahme einer neuer Leistungsform bzw. Versorgungsform „Ambulante Komplexleistung“ im SGB V.
2	2	KBV/DKG/PV	Zustimmung	Es ist zu begrüßen, dass vom Grundsatz her die meisten psychischen Erkrankungen, insbesondere auch die Suchterkrankungen als Basis für eine Behandlung nach dieser Richtlinie dienen sollen. Allerdings sind die Einschränkungen bei einzelnen Diagnosegruppen, fachlich-inhaltlich nicht begründbar. Es sollte an dieser Stelle (Diagnosebezug) keine Einschränkung vorgenommen werden. Auch Versicherte mit Demenzerkrankung können einen Bedarf an BSKV haben. Der Bedarf an

				BSKV ergibt sich nicht aus der Diagnose sondern aus der Schwere der Erkrankung und dem komplexen Behandlungsbedarf.
2	3			Hier ist am ehesten der Position von KBV und DKG zu folgen, aber auch diese Position ist aus fachlicher Sicht zumindest fragwürdig, da zu schematisch und in vielen Fällen in die Irre führend. Der Begriff Fremdeinschätzung sollte nicht verwendet werden, die Einschätzung folgt im erheblichen Teilen den Angaben der Patientin/des Patienten.
2	4.			
3	1		Ergänzung: 6. Hausärzte und sonstige Fachärzte	Ein komplexer Behandlungsbedarf kann auch somatische Behandlung umfassen.
3	2	GKV/PV	Ablehnung	Angesichts der Komplexität des Sachverhaltes und der notwendigen fachlichen Kompetenz und Integration in die Versorgungsstrukturen sollten ausschließlich Krankenhäuser mit PIA-Zulassung eingebunden werden.
3	3	PV	Zustimmung	Der Hinweis im Text der PV, dass der Erbringung von Leistungen nach dieser Richtlinie Regelungen der Leistungen der PIA nach § 118 SGB V nicht entgegenstehen ist bedeutsam, um klarzustellen, dass die BSKV eine

				Behandlung durch PIA nicht ersetzt, sondern diese ergänzt.
3	4.2		Streichung des Halbsatzes „die einen Vertrag zur Soziotherapie...“	Auch Leistungserbringer von Soziotherapie auf Grund einzelfallbezogener Bewilligung sollten in BSKV einbezogen werden.
3	4.3	GKV/PV	Zustimmung und Ergänzung: zusätzlich sollten Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, der Physiotherapie, Logopädie und weitere Verordnungsleistungen aufgenommen werden.	
3	5			Der Fortbestand der PIA mit ihrer unbestrittenen und unverzichtbaren Versorgungsleistung darf nicht beeinträchtigt werden. Die additiven Leistungsangebote im Rahmen der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Angebote sollte flexibilisiert werden, um Versicherte mit komplexen Behandlungsbedarf bedarfsgerecht behandeln zu können.
4	1		Netzverbund?	Strukturvorgaben und Verfahrensroutinen für die einzelfallbezogene Koordination sind sinnvoll, solche ergeben sich aus den § 5 und § 6 des RL-E im Teil B und im Teil C. Darüberhinausgehende Strukturvorgaben für die regionale Versorgungsstruktur und Steuerung einschließlich leistungsträgerübergreifender

				<p>Kooperationen/Einbezüge sind auch sinnvoll (Gemeindepsychiatrischer Verbund). Diese sind jedoch unseres Erachtens nicht über Richtlinien zur BSKV zu etablieren und sollten auch nicht ausschließlich an deren Organisation orientiert sein. Wir bezweifeln daher, in diesem Zusammenhang einen auf die BSKV bezogene Netzverbund zu regeln. Der Kooperationsvertrag/ Netzverbundvertrag der Beteiligten an der BKSv sollte aus Sicht der APK nur die groben Strukturen der Zusammenarbeit regeln</p> <p>Die vorgeschlagenen Regelungen wirken für Zwecke BSKV überdimensioniert. Von der Begrifflichkeit wäre „<b>Kooperationsnetz</b>“ oder „<i>Koordinationsnetz</i>“ geeigneter. Unter Berücksichtigung dieses generellen Vorbehalts nehmen wir zu einzelnen Punkten Stellung.</p>
4	1		Einfügung: Versorgung von <i>insbesondere</i> schwer psychisch Kranken...	Die gesetzliche Vorgabe ist zu beachten.
4	3		Keine Zustimmung	Eine starre Festlegung obligatorischer Beteiligter des Netzverbundes steht einer flächendeckenden Einführung entgegen und lässt regionale Unterschiedlichkeit außer Acht.
4	4	GKV	Ablehnung	

4	4	KBV/DKG	Zustimmung	Wenn ein Netzverbund für notwendig erachtet wird, muss diesem die versorgungsverpflichtete psychiatrische Klinik angehören
4	5		Empfehlung: Kein Vorschlag überzeugt	Die Liste der potentiell einzubeziehenden Berufsgruppen und Einrichtungen im Vorschlag GKV, KBV, DKG ist nicht vollständig. Im Vorschlag der Patientenvertretungen werden Leistungsanbieter des Netzverbundes nur dann einbezogen, wenn diese Leistungen im Netzverbund nicht angeboten werden. Beide Vorschläge sind nicht geeignet, BSKV für alle Patienten sicherzustellen. Der Netzverbund wirkt überdimensioniert in Bezug auf die begrenzte Zielsetzung und wird in vielen Regionen kaum umsetzbar sein.
4	6	GKV	Ablehnung	Die genannte Voraussetzung führt dazu, dass in diversen Regionen BSKV nicht angeboten werden kann. In Regionen, in denen Entzugsbehandlungen Abhängigkeitserkrankter angeboten werden, ist die obligatorische Einbeziehung der entsprechenden Krankenhäuser sinnvoll.
4	7	DGK	Zustimmung	Eine Genehmigung der Netzverbände durch die KV ist nicht zielführend, insbesondere im Hinblick auf die PIAs

4	8	GKV und PV	Ablehnung	Der Nachweis von personellen Mindestvorgaben durch PIAs ist schwer vorstellbar.
5				Die Festlegung eines Bezugsarztes ist sinnvoll. Ihn gleichzeitig zum zentralen Ansprechpartner und Koordinator zu erklären, ist aus Sicht der APK nicht adäquat. Diese Aufgabe kann auch von anderen Bezugstherapeuten bzw. koordinierenden Bezugspersonen geleistet werden.
6	1			Die Leitung des Behandlungsgeschehens und die Verantwortlichkeit für die Koordination sollte in ärztlicher Hand liegen. Die Übernahme der Koordination sollte unabhängig davon geregelt werden. Diese sollte auch durch andere therapeutische Berufsgruppen übernommen werden können ohne dass die ärztliche Gesamtverantwortung für die Behandlung dadurch infrage steht.
6	2	GKV/PV	Zustimmung	Sozialarbeiter/pädagog*innen (Laut GKV-SV/PatV) sollten als mögliche Berufsgruppe (z.B. aus der PIA heraus) für Koordinationstätigkeiten und Anschlussmöglichkeiten an den GPV hier erwähnt werden.

7	1.2	KBV/DKG/PV	Zustimmung	<p>Klare Regelungen erscheinen hier notwendig, auf Details soll nicht näher eingegangen werden. Die Sicherung von Datenschutzanliegen und eine hohe Autonomie der Patientinnen ist von zentraler Bedeutung.</p> <p>Bezüglich der Organisation der Netzwerke sollte eine gewisse Freiheit erhalten bleiben, da die regionalen Strukturen sehr unterschiedlich sein können. Die Verpflichtung der Benennung einer Netzverbundbeauftragten erscheint in diesem Zusammenhang nicht notwendig. Die Finanzierung einer solchen Funktion könnte die Patientenversorgung beeinträchtigen, und dadurch würde eine – vielleicht überflüssige – neue Infrastruktur geschaffen.</p>
7	1.7		Erreichbarkeit psychiatrisch/psychotherapeutischer Krisenhilfe	Entscheidend ist die Erreichbarkeit eines auf psychische Krisen spezialisierten Therapeuten. Die Erreichbarkeit des allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes reicht nicht aus.
8	2	PV	Zustimmung	Eine Zuweisung durch niedergelassene Fachärzt*innen, psychiatrische Krankenhäuser/ Abteilungen sowie zuführende Institutionen wie sozial-psychiatrische Dienste, Gesundheitsämter usw. bei entsprechender Facharztqualifikation sollte möglich sein. Daher



				Unterstützung der Formulierung der PatV, sonst wird hier eine Hochschwelligkeit (Überweisungsverpflichtung) eingeführt die kontraproduktiv ist.
9	1	KBV/DKG/PV	Zustimmung	Die APK spricht sich dafür aus, eher den Begriff des „Assessment“ als der „Differenzialdiagnose“ zu verwenden für die Eingangsdagnostik, denn Patienten die vom niedergelassenen Facharzt/Psychotherapeuten oder aus Krankenhausbehandlung kommen, dürften differenzialdiagnostisch bereits eingeschätzt sein, und Doppeluntersuchungen sind nicht im Sinne der Patientenorientierung. Der Begriff „Assessment“ würde zudem die Einschätzung des Umfangs des Behandlungs- und Hilfebedarfs mit umfassen.
9	3			Die Erforderlichkeit der Hilfen für Kinder kann nicht allein von einem Verbund (allenfalls mit Hilfe eines pflichtmäßig einzubeziehenden Kinderpsychiaters) festgestellt werden, sondern berührt unmittelbar u.a. das SGB VIII. Hier sollte eine Weiterverweisungsklausel an Kinder- und Jugendpsychiater, Jugendämter, Schulämter u.a.m. aufgenommen werden.
9	5	GKV	Ablehnung	Eine parallele Behandlung durch Teilnehmende an den Angeboten des

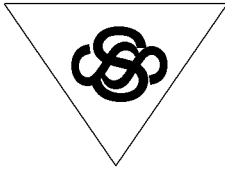
				<p>Netzwerkverbundes und andere an der Gesamtversorgung Beteiligte sollte möglich sein. Die Erfahrung mit den psychiatrischen Institutsambulanzen zeigt, dass der Ausschluss von Behandlungen z.B. durch niedergelassene Psychotherapeuten nicht sachgerecht und dem Behandlungsziel förderlich ist. Es sind zu viele Spezialfälle denkbar, die eine Parallelbehandlung zwingend notwendig machen, als dass dies wie von der GKV vorgeschlagen, ausgeschlossen werden dürfte.</p>
9	7	KBV/PV	Zustimmung	
10	1	GKV/(DKG)/PV	Zustimmung	<p>Hier fehlt ein Hinweis auf ggfs. einzubeziehende gesetzliche Betreuer bei den Wünschen der Patienten bzw. der Einschätzung des Patienteninteresses, Dass die Patienten in die Erstellung des Behandlungsplans einbezogen werden sollten, muss erwähnt werden. Entscheidend ist, dass auch die Möglichkeit zur umfassenden somatischen Diagnostik innerhalb des Netzverbundes möglich ist. Eine Trennung der verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsbedarfe ist nicht sinnvoll und häufig auch kaum möglich. Entsprechend sollte die Koordination auch in ärztlicher Hand liegen.</p>

10	3	PV	Zustimmung	Der Funktion koordinierende Bezugsperson' kommt bei komplexen Behandlungsbedarfen eine zentrale Bedeutung bei. Sie hat sich in regionalen Projekten und IV-Verträgen bewährt.
10	4		Ergänzung	Wichtig wäre, dass im Rahmen des Kriseninterventionsplans bei ggfs. stationären Kriseninterventionen die Krankenhäuser die Falldefinition nicht völlig neu aufrollen, sondern sich an den vorher vereinbarten Krisenplan halten und die Behandlungsleitung beim Bezugsarzt verbleibt. Das sollte in irgendeiner Form kodifiziert werden.
11		PV	Zustimmung	Anmerkung: Wöchentliche Besuche durch den Bezugsarzt/Ärztin sind nicht immer notwendig und passen nicht mehr gut zu einer berufsgruppenübergreifenden Behandlung.
12	1	GKV	Ablehnung des GKV-Zusatzes; ansonsten Zustimmung	Instrumente nach § 2.3 sind verzichtbar. Anmerkung: Möglichkeiten der Einbindung in einen Netzwerkverbund sind im Rahmen des Entlassmanagements des Krankenhauses zu bedenken.
13	1	KBV/DKG	Zustimmung	Die Behandlung ist im Netzwerk so lange wie notwendig durchzuführen, eine

				quartalsweise Überprüfung erscheint sinnvoll.
Anhang				Eine Begrenzung bzw. Konkretisierung auf einzelne jetzt bereits abschließend festgelegte Leistungsmodule erscheint nicht zielführend.

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Aktion Psychisch Kranke e.V.		
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"/>



## **Begleitschreiben**

### **zur Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Blick auf phänomenologische Behandlungsansätze und mit Beachtung des biopsychosozialen Erklärungsmodells im Fortgang der entstehenden neuen Richtlinien nach § 92 SGB V kommt der Soziotherapie große Bedeutung zu.

Vom Gesetzgeber ist vorgesehen, dass die Soziotherapie gem. § 37a SGB V mit Koordinations- und Strukturaufgaben betraut ist und Koordinationsaufgaben ganzheitlich im Focus hat - in dem ambulanten psychiatrischen Gemeindeverbund zur Lebensweltorientierung zur Gemeinwesenarbeit und somit zur Lebenslagenentwicklung für Leistungsnutzer (SGB V i.V. mit SGB IX).

Das ist die Profession, die Erfahrungskompetenz der Sozialen Arbeit. Von daher wäre als gesetzlicher Auftrag wichtig, im §92/6b SGB V der Soziotherapie als mitsteuernde dritte Säule des biopsychosozialen Erklärungsmodells im Rahmen der entstehenden Richtlinie mehr Aufgaben und mehr Steuerungskompetenz zukommen zu lassen, denn:

Soziale Psychiatrie nennt folgende Prinzipien als Gewährleistung für eine „ganzheitliche Betrachtungs- und Herangehensweise“:

- Ambulante vor stationärer Hilfe: Die Betroffenen sollen möglichst selbstständig bleiben und nur wenn es wirklich notwendig ist, und nur als salutogene Weitung solange nötig, ein anderes Umfeld zur Verfügung bekommen. (Klinik)

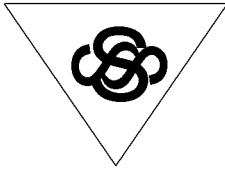
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit im „Verbund mit vorhandenen Angeboten in der gemeindenahen Psychiatrie einen ganzheitlichen Blick auf die Probleme der Betroffenen ermöglichen:

Das bedeutet, dass Recovery- und Empowermentprozesse personenzentriert begleitet werden, vor allem im Mitwirken und Gestalten der Menschen, für die die Leistungen der entstehenden Richtlinie gesetzlich niedergeschrieben werden und demzufolge einen Rechtsanspruch bekommen.

Der Betroffene ist dabei sein eigener Chairman und wird durch die Soziotherapie in seiner gewollten Entwicklung begleitet, er ist und bleibt Vorsitzender seines Lebensplans.

Das bedeutet für den Alltag der Betroffenen: das soziale Umwelt, also .Familie, Freunde,

Arbeit usw. werden miteinbezogen.



Eng damit verbunden ist auch die Praxis der Lebensweltorientierung, Trialog, Genesungsbegleitung, welche die „Zusammenarbeit mit örtlichen Vereinen, Schulen“ und anderen Einrichtungen der Gemeinde beinhaltet und so den Zugang zu den

sozialpsychiatrischen Angeboten/Hilfen erleichtert, als sogenannte niederschwellige Angebote.

Demokratische Gestaltung der Angebote: die Betroffenen werden in Entscheidungsprozesse miteinbezogen, mehr noch; sie gestalten und empowern sich hin in ihre Lebenslagen.

Es werden also keine Vorgaben gemacht, sondern gemeinsam Lösungen erarbeitet und Erfahrungen der Betroffenen berücksichtigt.

Im Kontext der Sozialpsychiatrie hat sich die Soziale Arbeit und damit die Soziotherapie als wichtige Berufsgruppe etabliert, durch

- die Verlagerung der Behandlung und Versorgung in die Gemeinde.
- die Vernetzung der Dienste und Versorgungseinrichtungen miteinander auf Basis von empirisch ermittelten Bedarfsplänen.

Die Soziale Arbeit und die Fachpflege mit langjähriger Erfahrungsqualifikation als soziotherapeutische Leistungserbringer\*innen ist dazu eine erste Adresse zur Koordinations- und Strukturarbeit und bereit, mehr berücksichtigt zu werden.

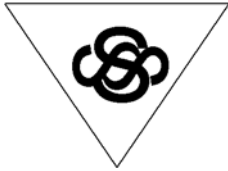
Mit Blick auf strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf habe ich schon mehrmals von betroffenen Personen vernommen:

„Bitte helft mir nicht zu viel --- ich hab`s so schon schwer genug“

Mit freundlichen Grüßen  
für den Vorstand

Werner Walter  
Soziotherapeut  
Referent für menschenrechtsbasierte Behindertenpolitik (Casco, IsL)  
Kaiserslautern, den 25.01.2021

Gez.  
Michael Hibler  
Vorsitz  
[michael.hibler@soziotherapie.eu](mailto:michael.hibler@soziotherapie.eu)  
[www.soziotherapie.eu](http://www.soziotherapie.eu)



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

Stellungnahme des Berufsverbands der Soziotherapeuten e.V

Bad Homburg, den 25.01.2021

**„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

Inhalt

**A. Allgemeines.....2**

**§ 1 Zweck und Versorgungsziele .....3**

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

2 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:

1 Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht insbesondere die schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten besser als bestehende Versorgungsformen [**KBV/DKG/PatV**: und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen].

2. Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten (**GKV-SV/PatV**: für die Gruppe der) insbesondere (**KBV/DKG**: für) schwer psychisch (**GKV-SV/PatV**: kranken) (**KBV/DKG**: kranke) Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

3. [**KBV/DKG/GKV-SV**: Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu

den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten.]

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

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
3. Qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
4. Behandlungsleitung vorrangig durch einen **Neu** **Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin oder eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt [KBV/PatV: oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten] oder einer mit dem Patientin oder des Patienten abgestimmten Person entsprechend § 3.**
5. Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund
6. **Neu** **Mit der Patientin oder dem Patienten abgestimmter**, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan,
7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug des sozialen Umfelds,
9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.

## **§ 2 Definition der Patientengruppe.....4**

1 Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einem komplexen Behandlungsbedarf haben Anspruch auf Versorgung nach der Richtlinie.

2 Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel F00 bis F99) des ICD-10-GM vor. **(PatV)**

3 Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen vor, wenn das psychosoziale Funktionsniveau gemäß GAF-Wert ≤50 klassifiziert wird. **(PatV)**

4 Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 notwendig ist. **(Alle)**

## **§ 3 Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer**

1 Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind die an der



vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden [GKV-SV: Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten] [KBV/DKG/PatV: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte] folgender Fachrichtungen:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,
4. Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und
5. **[KBV/PatV: Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie]**

2 Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene berechtigt **[GKV-SV/PatV: , auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen) berechtigt.**

3 Der Erbringung von Leistungen nach dieser Richtlinie stehen Regelungen der Vereinbarung zu psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V nicht entgegen. **( PatV )**

(4) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind berechtigt:

1. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
2. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen haben.
3. **(GKV-SV/PatV):** Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben

5 **KBV/GKV-SV/PatV** keine Übernahme

6. Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

## **B. Ausgestaltung des Netzverbundes .....8**

### **§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes .....8**

Bildung von regionalen/wohnnahen Netzverbundes in Form eines vertraglichen Zusammenschlusses.

1 Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines **(GKV-SV/DKG/PatV:regionalen) [KBV:wohnnahen,**

berufsgruppenübergreifenden] Netzverbundes [KBV: 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 schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen (KBV/DKG: „psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.)

**2 Neu** Die Versorgung erfolgt auf der Basis des Gesamtbehandlungsplanes. Der Gesamtbehandlungsplan wird gemeinsam mit der Patientin und dem Patienten von der **Bezugsärztin oder dem Bezugsarzte [KBV/PatV: oder eine Bezugspsychotherapeutinnen oder ein Bezugspsychotherapeuten) oder einem Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin** erstellt.

3. Der Netzwerk besteht aus mindestens

### **Übernahme GKV-SV (teilweise)**

1 Fachärztin oder Facharzt für a) Psychiatrie und Psychotherapie, b) oder Psychosomatisch Medizin und Psychotherapie c) oder Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, und 2. 1 ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten und

**3. Neu** Einer soziotherapeutischen Leistungserbringerin oder einem soziotherapeutischen Leistungserbringer

4. Einer/m Ergotherapeutin und m Ergotherapeuten oder einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, der oder die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat nach § 3 Abs.

### **GKV-SV**

4. Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Nummer 1 und **3** müssen jeweils übereinen vollen Versorgungsauftrag verfügen; dieser Versorgungsauftrag kann auch durch mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Netzwerk je Fachgruppe erfüllt werden. Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 können bei Bedarf in den Netzwerk eingebunden werden. Die Mitglieder des Netzverbundes Schließen einen Netzwerkvertrag, der insbesondere die Ausgestaltung der Festlegungen in § 7 regelt.

### **Neu**

Die Netzwerkarbeit wird über die jeweiligen Leistungserbringer abgerechnet. Leistungserbringer von Ergotherapie, Soziotherapie oder der ambulanten Psychiatrischen Pflege bekommen die bei der koordinierenden Netzwerkarbeit, zusätzlich anfallenden Stunden von den Krankenkassen erstattet.

### **4. KBV/DKG/PatV GKV-SV/PatV [keine Übernahme)**

**5 (PatV)** 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.

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:

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. Der Netzverbund sichert bei Bedarf im Einzelfall zudem die Hinzuziehung von Rehabilitationseinrichtungen sowie stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen

#### **6 KBV/DKG/PatV keine Übernahme**

#### **7 keine Übernahme**

#### **8 KBV/DKG PatV keine Übernahme**

#### **9 keine Übernahme**

**10. (PatV)** Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, welche die Patientin oder den Patienten zum Zeitpunkt des Beginns der Versorgung nach dieser Richtlinie wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 Absatz 2 behandeln, sollen zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in die koordinierte Versorgung gemäß dieser Richtlinie einbezogen werden. Sie sollen von der Bezugsärztin bzw. vom Bezugsarzt oder von der Bezugspsychotherapeutin oder vom Bezugspsychotherapeuten oder vom **Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin** in die Fallbesprechungen eingebunden werden und für regelmäßige Absprachen und insbesondere zur Teilnahme an Fallbesprechungen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen. **Neu Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die weder Mitglied des Netzverbundes sind noch über Kooperationsverträge oder bei sonstigem Bedarf gemäß § 4 in die Versorgung nach dieser Richtlinie eingebunden sind, sind auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Behandlung zu beteiligen.**

**§ 5 Bezugsärztin oder Bezugsarzt [KBV/PatV: und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut] **Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin****

16

1 Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt trägt die Gesamtverantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess der Versorgung nach dieser Richtlinie.

Sie sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Mitglieder des Netzverbundes nach § 4 und gehören einer der folgenden Fachgruppen an:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
2. Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
3. Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie
4. . Fachärztinnen und Fachärzte für **Neurologie (GKV-SV)**

2 Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 10 auf Basis der differential-diagnostischen Abklärung erstellt, bleibt grundsätzlich während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes ist nur zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach Absatz 1 möglich. **(GKV-SV)**

### **3 keine Übernahme**

4 Die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt (**PatV:** oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] oder Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin **Neu bzw. die koordinierenden Person nach § 6 ist verantwortlich für die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin**

5 **GKV-SV/DKG/PatV** keine Übernahme

## **§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten .....19**

1. Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie [**GKV-SV/DKG: i.S.d. § 11**] erfolgt durch den **Neu Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin oder durch eine nichtärztliche koordinierende Person, der bei der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4.**

Teile der Koordinationsaufgabe können entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben an Personengruppen nach Absatz 2 oder an andere Netzmitglieder übertragen werden.

2. **KBV/DKG** keine Übernahme

3. – 4. keine Übernahme

## **§ 7 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes .....21**

Die am Netzwerkverbund teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass

1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung erfolgt

**2. KBV/DKG/PatV** die Herstellung des Erstkontakts in der Eingangssprechstunde zum Netzwerkverbund nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen

### **8 KBV/DKG keine Übernahme**

### **9 GKV-SV keine Übernahme**

10. **(GKV-SV)** patientenorientierte Fallbesprechungen auch unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in Regelmäßigen Abständen (mindestens einmal im Monat) durchgeführt werden.

11. vereinbarte Qualitätsmanagementverfahren eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzwerkverbundes (bspw. Qualitätszirkel) erfolgt.

### **12. GKV-SV/DKG/PatV keine Übernahme**

2 Zur Sicherstellung des Informationsaustausches zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zeitnah deren Nutzung durch alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer ermöglicht

4 **Neu Die Koordination des Netzwerkverbundes erfolgt auf der Grundlage der im Netzwerkvertrag getroffenen Vereinbarungen**

## **C. Patientenversorgung .....24**

### **§ 8 Zugang .....24**

(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzwerkverbunds ist.

(2) Eine 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

**(GKV-SV/DKG)**

Hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. **Neu oder Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten**

3 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 [GKV-SV/KBV/DKG: des Entlassungsmanagements) der Einrichtung ausgesprochen werden

4 Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei [KBV/DKG/PatV: dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten] Netzverbund unmittelbar einen Termin. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

5 Der Netzverbund hat für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung (KBV/DKG/PatV: oder Überweisung) einen Zugang zur Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Werktagen nach Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung sicherzustellen. (DKG/KBV/PatV)

6 **Neu:** **Netzwerkbünde nach § 4 Absatz1 prüfen im Rahmen der Eingangssprechstunde ob die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind**

## § 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung ..26

1 Die differentialdiagnostische Abklärung ist eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 5 Absatz 1. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und, sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt. (GKV-SV)

2 Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen sowie die in Anlage 1 aufgeführten Leistungen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet. (GKV-SV)

3 **Neu:** **Im Rahmen der Gesamtplanerstellung sollen zusätzlich die Möglichkeiten von Hilfeangeboten außerhalb des SGB V berücksichtigt 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. **Neu** **Der Soziotherapeut / die Soziotherapeutin des Netzverbundes überprüft während der gesamten Versorgung nach dieser Richtlinie, ob und in welchem Maße Hilfen außerhalb des SGB V zusätzlich eingesetzt werden sollten.**

#### 4 keine Übernahme

#### 5 keine Übernahme

2 **GKV-SV** Im Sinne der Kontinuität der Behandlung sind die bereits im Vorfeld an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die Versorgung nach dieser Richtlinie einzubeziehen. Während der Versorgung nach dieser Richtlinie kann die Versorgung durch diese in Absprache mit der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt **Neu dem Bezugssoziotherapeuten oder der Bezugssoziotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten fortgesetzt werden.** Voraussetzung hierfür ist, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die dem Netzwerk nicht angeschlossen sind, den Gesamtbehandlungsplan anerkennen und sich bereiterklären an den Fallbesprechungen teilzunehmen.

### § 10 Gesamtbehandlungsplan .....28

1 **(KBV)** Auf Basis der Differentialdiagnostik wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten dem **Bezugssoziotherapeuten oder der Bezugssoziotherapeutin** soweit Berufsrechtlich oder vertragsrechtlich erforderlich unter Abstimmung mit einem Arzt unter Einbeziehung von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie von Bezugspersonen erstellt. Der Gesamtbehandlungsplan enthält insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen und **Neu psychosozialen Hilfen** sowie die Verordnung von Heilmitteln. **KBV**

#### 2. keine Übernahme

3 **(PatV)** Wesentlicher Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin auch die Benennung einer koordinierenden Bezugsperson für die Umsetzung des Behandlungsplans. Im Gesamtbehandlungsplan wird namentlich festgelegt, welcher der an der Leistungserbringung beteiligten Leistungserbringer die Aufgabe der Koordination übernimmt (koordinierende Bezugsperson). Die koordinierende Bezugsperson wird aus dem Kreis der an der Behandlung beteiligten ärztlichen oder nicht-ärztlichen Leistungserbringer des Netzwerkes benannt und soll dem Patienten oder der Patientin möglichst schon vertraut sein. Die weiteren Aufgaben regelt § 11.

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

### § 11 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerk

29



Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten **Neu** erfolgt durch den **Bezugssoziotherapeuten oder die Bezugssoziotherapeutin** oder die koordinierende nichtärztliche Person gemäß § 6 und umfasst:

- 1 die Vernetzung mit anderen an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern
- 2 das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,
- 3 die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplanes
- 4 das Aufsuchen der Patientin Oder des Patienten in seinem häuslichen Umfeld mindestens einmal im Quartal
- 5 bei Bedarf das Führen von Gesprächen mit relevanten Bezugspersonen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten,
- 6 den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und das Hinwirken auf Termintreue. **(GKV-SV)**

## **§ 12 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs .....30**

1 Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene unter Verantwortung der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Kranker Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

2. **(GKV-SV/PatV:** Liegen dem Krankenhaus Informationen vor,) dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt [KBV/PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten oder **Neu Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin (GKV-SV/PatV):** Die koordinierende Person nach **(PatV: § 10 Absatz 3)** wird über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.]

**3 (GKV-SV)** Wird im Rahmen der Entlassungsdiagnostik und des Aufstellens des Entlassplans nach Absatz 1 ein Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie festgestellt nimmt das Krankenhaus mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Netzwerk nach § 4 auf und übermittelt (das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung vereinbart. Der Termin hat spätestens **(KBV/DKG/PatV** sieben Werktage) nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen.



4 Bei Ablehnung der Vermittlung in einen Netzverbund informiert das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.

5 Wird im Rahmen der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem Netzverbund gemäß dieser Richtlinie ein teilstationärer, vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt **[PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten oder Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin]** zur Verfügung zu stellen.

### **§ 13 Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung .....31**

1 Zur Überprüfung der Erreichung der Therapieziele sind, abhängig von den individuellen Erfordernissen, regelmäßige Kontrolluntersuchungen des physischen und psychischen Gesundheitszustandes auch unter Berücksichtigung von Komorbiditäten durchzuführen und zu dokumentieren. Die Frequenz der Kontrolluntersuchungen ist dabei abhängig von der jeweiligen Behandlungsphase und der Schwere der Symptomatik. **GKV-SV/PatV**

2 Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt **Neu oder den Bezugssoziotherapeuten oder die Bezugssoziotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten** zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist ggf. anzupassen. **GKV-SV/PatV**

3 Liegen die Voraussetzungen für einen Verbleib in der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr vor, kann eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr erfolgen. Eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung ist frühzeitig anzustreben. Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann wieder neu erfolgen, falls die Voraussetzungen zu einem späteren Zeitpunkt wieder erfüllt sein sollten; in diesem Fall ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben. **(Ursprungstext ohne Änderungen übernehmen)**

## **D. Evaluation .....33**

### **§ 14 Evaluation .....33**

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

## **Anlage .....34**

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

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) e.V.				
15.01.2021				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<i>allgemein</i>			Aufführung von Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kinder- und Jugendlichen-therapeuten, PIAS der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärzte/Psychologen/Psychotherapeuten in SPZ/pädiatrische Psychosomatik als ebenfalls mögliche Bezugsärzte/-therapeuten und Kinder- und Jugendärzten mit Schwerpunktbezeichnung/ Zusatzweiterbildungsbezeichnung, die komplex chronisch kranke psychisch komorbide Patienten bis zum vollendeten 21. LJ betreuen.	Gerade bei schwer psychisch erkrankten oder zusätzlich komorbid erkrankten Jugendlichen verzögert sich die Entwicklung und damit auch der Übergang ins Erwachsenenalter. Ein Wechsel in die Erwachsenenmedizin mit vollendetem 18 LJ ist deshalb oft eine Überforderung, weil Nachreife notwendig ist. Der Wechsel mit 18 Jahren tritt zeitgleich ein mit der rechtlichen Volljährigkeit und anderen damit verbundenen Veränderungen. Eine Behandlungsstabilität in einer möglichen Übergangszeit bis zum vollendeten 21. LJ ist deshalb notwendig
2	2	<i>alle</i>	Diagnosen unter F7 ICD10 explizit mit auführen	Menschen mit Intelligenzminderung erkranken deutlich häufiger an psychischen Störungen. Durch ihre Einschränkung in Belastbarkeit und adaptiven Strategien sind sie sehr auf Zusammenarbeit im Netzwerk angewiesen

2	3	GKV-SV/ PatV	Orientierung an ICF statt GAS, wie bei KBV/DKG ausgeführt	die ICF dient als „gemeinsame Sprache“ der besseren Verständigung mit Leistungserbringern außerhalb des SGB V
5	1	GKV-SV /DKG	Zulassung von Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeuten wie bei KBV/PatV ausgeführt	Psychotherapeuten sollten im Netzwerkverbund eine den Ärzten gleichberechtigte Stellung einnehmen. Bisher gibt es eine massive psychotherapeutische Unterversorgung der <u>schwer</u> psychisch erkrankten Menschen. Die Möglichkeit, als Bezugstherapeuten tätig zu werden stärkt die Rolle der Psychotherapeuten bei der Versorgung dieser Patientengruppe.
9	3	alle	deutlich stärker ausführen, wie Kinder psychisch kranker Eltern <u>regelmäßig</u> im Behandlungsverlauf der Eltern mitberücksichtigt werden. Trennung von 2 wesentlichen Punkten: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sind psychisch erkrankte Eltern ihren Erziehung- und Fürsorgeaufgaben gewachsen? Gibt es andere Bezugspersonen, die kompensatorisch Aufgaben des erkrankten Elternteils übernehmen? Gibt es einen Hilfebedarf bei Erziehung und Fürsorge, der professionelle Unterstützung notwendig macht? Im letzten Fall ist es dann auch Aufgabe des Netzwerks, konkret zu diesen Hilfen zu vermitteln</li> <li>2. Sind Kinder selbst psychisch erkrankt oder von Erkrankung bedroht? In diesem Fall Vermittlung des Kindes zur diagnostischen Abklärung und ggf. in eine Behandlung</li> </ol>	Kinder psychisch kranker Eltern sind eine Hochrisikogruppe. Eine Berücksichtigung der Kinder muss konkreter ausgeführt werden, sie muss kontinuierlich erfolgen

			3. Wenn für Kinder aus den unter 1. oder 2. genannten Gründen zusätzliche Hilfen stattfinden, sollte ein Austausch (mit Einverständnis der Eltern) zwischen den für das Kind installierten Hilfen/Behandlungen und dem Netzwerk des Erwachsenen ebenfalls verpflichtend sein	
12	3	alle	Erstkontakt in den Netzwerkverbund, wenn möglich, schon während des stationären Aufenthaltes, nicht erst danach	Eine bessere Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung ist durch eine gemeinsame Entlassplanung von stationären Ärzten/Therapeuten und dem Netzwerkärzten bzw. -therapeuten zu erreichen

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin (DGKJ) e.V.		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>



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

<b>Gesellschaft für Neuropsychologie</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<i>Beispiele:</i>				
1	3	KVB/PatV	Wir unterstützen den Ergänzungsvorschlag der KVB/PatV, dass die Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin/Bezugsarzt <u>oder</u> eine Bezugspsychotherapeutin/Bezugspsychotherapeut möglichst sein sollte.	Die Behandlungsleitung ist gleichrangig durch ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen zu erfüllen, da beide Bezugsgruppen die vollumfänglichen fachlichen Kompetenzen für die Behandlung der Zielklientel besitzen.  In Abhängigkeit von der konkreten Einzelfallkonstellation können bei der Behandlungsleitung entweder ärztliche oder eine psychotherapeutische Behandlungsansätze zentral sein. Es ist davon auszugehen, dass bei der komplex eingeschränkten Zielklientel eine tragfähige Beziehung als Voraussetzung für eine positive Prognose psychotherapeutischer Ansätze bedarf.
2	1	KBV/DKG/PatV	Wir unterstützen den Definitionsvorschlag von KBV/DKG/PatV.	Die Zielklientel ist damit umfassend erfasst. Der GKV-SV Vorschlag

				<p>erscheint ungünstig, da zusätzliche Voraussetzungen eingeführt werden, die entweder redundant mit den Inhalten folgender Absätze sind oder bei der gegebenen Klientel schwer operationalisierbar sind (z.B. Behandlung- und Mitwirkungsfähigkeit) und damit einer adäquaten Versorgung entgegenstehen könnten. Zudem engt die Fokussierung auf psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsbedarfe die Zielklientel ungünstig ein, da häufig auch ein vorrangig psychosomatischer Behandlungsbedarf besteht (z.B. Persönlichkeitsstörungen).</p>
2	2	KBV/DKG/PatV	<p>Die Richtlinie sollte ohne Einschränkungen alle Erkrankungen aus dem V. Kapitel des ICD 10 GM (F00 bis F99) umfassen.</p>	<p>Insbesondere auch organische psychische Störungen (F0) können zu schwersten Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen führen. Die Symptome können z.B.: in Qualität und Schwere denen einer Schizophrenie vergleichbar sein. Viele Patienten aus dem Diagnosespektrum F0 erzielen GAF-Werte unter 40/50. Ebenso wie F0-Störungen können sämtliche psychische Erkrankungen, z.B. auch Autismus-Spektrum-Störungen (F84) oder somatoforme Schmerzstörungen (F45.4) zu umfassenden Beeinträchtigungen, die ein multifaktorielles aufeinander</p>

				<p>abgestimmtes Behandlungskonzept erfordern.</p> <p>Zudem würde eine Einschränkung der berücksichtigten Diagnosen aufgrund häufiger Komorbiditäten in der Praxis regelmäßig zu Unschärfen führen, ob die Richtlinien zur Anwendung kommen kann.</p>
2	3	KBV/DKG	<p>Das Kriterium der Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist zu betonen. Die Operationalisierung über einzelne Skalen sollte flexibel sein und ein Fremdeinschätzungsverfahren berücksichtigen.</p>	<p>Ausschlaggebend für die Einschätzung der Einschränkungen sollte die klinische Expertise sein, durch die eine eindeutige Beschreibung und Klassifikation möglich ist. Unterstützend sollten für den Einzelfall geeignete psychometrische Verfahren herangezogen werden. Dies können standardisierte Fremdbeurteilungsverfahren und testpsychologische Instrumente sein.</p> <p>Wir lehnen die zwingende Quantifizierung durch festgelegte Verfahren und die Festlegung von Grenzwerten ab. Die vorgeschlagenen Skalen vereinfachen komplexe Sachverhalte unzulässig und suggerieren eine Pseudogenauigkeit ab. So ist der GAF konzeptionell veraltet (1989) und bildet Beeinträchtigungen durch neurokognitive, soziokognitive und metakognitive Symptome nur sehr</p>



				<p>unscharf ab. So kann z.B. komplexer Behandlungsbedarf auch bei einem GAF &gt; 50 bestehen.</p> <p>Daher schlagen wir vor, auf die Nennung konkreter Verfahren zu verzichten, auch um sich dem medizinisch-wissenschaftlichem Fortschritt nicht zu verschließen.</p>
3	1	KBV/PatV	Teilnahmeberechtigt sollten auch FA für Neurologie sein.	Wir halten die Teilnahme von FA für Neurologie für dringend erforderlich. Komplexe Beeinträchtigungen bei Patienten der Gruppe F0 beruhen ursächlich auf neurologischen Störungen, so dass eine umfassende Behandlung die entsprechende Expertise erfordert. Ebenso ist die neurologische Expertise für die differentialdiagnostische Abklärung regelhaft bei anderen psychischen Störungen erforderlich (z.B. somatoforme Störungen, psychotische Störungen).
3	1		In den Netzwerken sollte der Beitrag neuropsychologischer Expertise, z.B. durch Psychotherapeuten mit entsprechender Weiterbildung, gewährleistet werden, indem Klinische NeuropsychologInnen als NetzwerkpartnerInnen benannt werden.	Der Beitrag der fachlichen Expertise ist dringend angezeigt, da eine eklatante Versorgungslücke bei organisch bedingten psychischen Störungen besteht und es auch diese im Rahmen dieser Richtlinie zu schließen gilt. Sie gewährleistet zudem die Beurteilung des Schweregrads der Teilhabe- und Funktionseinschränkungen sowie die

				Differentialdiagnostik z.B. bei dementiellen Erkrankungen.
3	2		Zur Teilnahme berechtigt sollten auch zugelassene Krankenhäuser mit neurologischen Einrichtungen sein.	Um die komplexe Behandlung von Patienten der Gruppe F0 sicherzustellen, muss die neurologische Versorgung abgedeckt sein. Ebenso erscheint die neurologische Versorgung bei weiteren Diagnosegruppen relevant, z.B. Schmerzstörungen.
3	3		Zugelassene Ausbildungs- und Weiterbildungsambulanzen nach §117 sollten mit zugelassen werden.	Wir setzen uns für diese Erweiterung ein, da sie die Versorgungskapazität für die Zielklientel ausbaut und insbesondere die Qualifikation zukünftiger BehandlerInnen ermöglicht. Durch diese Maßnahme kann der bestehenden Minderversorgung bei komplexen Behandlungsbedarfen effizient und nachhaltig entgegengewirkt werden.
3	3		Die Möglichkeit psychotherapeutischer, psychosomatischer und psychiatrischer Behandlungsleistungen der vertragsärztlichen Versorgung sollten durch die Richtlinie unberührt bleiben.	Bei der gegebenen Zielklientel ist von überdauernden Behandlungsbedarfen auszugehen, die nicht ausschließlich durch die Behandlung innerhalb der Richtlinie gedeckt werden. Daher muss über den Zeitraum der Richtlinienbehandlung hinaus eine belastbare Versorgung gesichert werden. Behandlungsangebote, die bereits vor Aufnahme in die Richtlinienbehandlung bestehen,

				müssen fortgeführt werden können, um 1) die Gefahr der Destabilisierung bei Patienten mit häufig erschwelter Beziehungsfähigkeit zu vermeiden und 2) Behandlungskontinuität nach Beendigung der Richtlinienbehandlung zu gewährleisten.
4	3/4	PatV	<p>Wir unterstützen den Vorschlag der PatV, schlagen allerdings folgende konkrete Ergänzungen vor:</p> <p>Eine/r der beteiligten FachärztInnen muss das Fachgebiet Neurologie vertreten.</p> <p>Eine/r der beteiligten PsychotherapeutInnen muss das Gebiet der Klinischen Neuropsychologie vertreten; alternativ kann ein/e Klinische NeuropsychologIn über einen Kooperationsvertrag beteiligt sein.</p> <p>Die Gruppe der möglichen Leistungserbringer, die über einen Kooperationsvertrag eingebunden werden, sollte nicht auf Ergotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege oder Soziotherapie beschränkt sein, sondern geöffnet werden, so dass z.B. auch Logopädie; Bewegungstherapie oder Physiotherapie eingebunden werden kann.</p>	<p>Für einen erheblichen Teil der Zielklientel ist für eine leitliniengerechte Behandlung neurologische und insbesondere neuropsychologische Expertise erforderlich (insbesondere Gruppen F0 und F2). Ohne diese Fachexpertise werden die in der Richtlinie formulierten Ziele für diese Patienten nicht adäquat erreichbar sein. Bei weiteren Patientengruppen besteht der Bedarf an differentialdiagnostischen Mitbeurteilung und einer Mitbehandlung der neuropsychologischen Symptome, um die Teilhabeziele zu erreichen.</p> <p>Die Auswahl der fachlichen Schwerpunkte kooperierender Leistungserbringer sollte eine flexible Schwerpunktsetzung ermöglichen, so dass den tatsächlichen Bedarfen entsprochen werden kann. So sind z.B. Patienten der Gruppe F0 insbesondere auch logopädische oder physiotherapeutische Angebote</p>

				erforderlich, die in den aktuellen Entwürfen nicht berücksichtigt sind.
4	3/4		Wir sprechen uns mit Nachdruck gegen die Position der KBV aus.	Die hohe Zahl der Netzmitglieder würde die Einrichtung der Verbände erschweren und wäre insbesondere in ländlichen Regionen nicht realisierbar.
5	1-3	KBV	Wir unterstützen den Vorschlag der KBV.	Die von der KBV genannten Bezugspersonen sind qualifiziert, die Aufgaben adäquat zu übernehmen. Insbesondere sind für Patienten mit komplexen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf besonders BezugspsychotherapeutInnen als zentrale AnsprechpartnerInnen geeignet und können in der Regel Teilhabeziele besser verfolgen.
6	1		Koordination liegt in der eindeutigen Fachverantwortung von FachärztInnen und PsychotherapeutInnen.	Die Koordination der Versorgung ist die genuine Aufgabe von BezugsärztInnen und BezugspsychotherapeutInnen, da sie über die umfassende fachliche Expertise zur Behandlungsplanung verfügen. Spezifische Koordinationsaufgaben können delegiert werden.
9	1		Wir treten für den Einbezug neuropsychologischer Expertise bei der Diagnostik und Behandlung von Teilhabestörungen ein.	Teilhabestörungen bei komplexen psychischen Erkrankungen wird entscheidend durch kognitive Einschränkungen und Ressourcen bestimmt (vgl. z.B. Wessels et al,

				<p>2015, Psychiatrische Praxis; Au et al., 2015, Schizophrenia Research). In Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass bis zu 50% der Teilhabestörungen durch neuropsychologische Beeinträchtigungen erklärt werden (Tsang et al., 2010, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry).</p> <p>Eine Nichteinbeziehung neuropsychologischer Kompetenz gefährdet die Erreichung der Teilhabeziele der Richtlinie in einer beträchtlichen Anzahl der betroffenen Patienten.</p>
9	7		<p>Aufsuchende, multiprofessionelle Versorgung sollte als Leistungsanspruch definiert werden. Dies impliziert Maßnahmen des Supported Employment ebenso wie Behandlungen von Angehörigen.</p>	<p>Wir erachten die aufsuchende Behandlung als einen zentralen Baustein der Komplexbehandlung. Sie wird den Behandlungsbedarfen der Zielklientel gerecht, indem sie die individuellen Lebensbedingungen aufgreift und den Einbezug der Netzmitglieder ermöglicht. Zur Dokumentation ihrer Effizienz verweisen wir auf die einschlägigen Leitlinienempfehlungen.</p>
13	1-3		<p>Wir setzen uns dafür ein, dass regelmäßige Kontrolluntersuchungen frühestens nach einem Jahr erfolgen.</p>	<p>Ein vorheriges Erreichen der Ziele ist bei dieser Patientenklientel nicht abbildbar, da es sich um schwer beeinträchtigte Patienten handelt. Zu kurze gesicherte Behandlungszeiträume verhindern das Erreichen mittel- und langfristiger Ziele</p>

				und Behandlungsperspektiven, da jederzeit mit einem Behandlungsabbruch gerechnet werden muss.
			Auf ein Zweitmeinungsverfahren sollte verzichtet werden. Vielmehr sollte eine geeinte Position der Netzwerkpartner als Entscheidungsgrundlage dienen.	Bei dieser Patientenklientel ist zu erwarten, dass sich der Beziehungsaufbau – und -erhalt als extrem schwierig und störanfällig gestaltet. Die Komplexität der Beeinträchtigungen und die Indikation wird oft aus der Aktenlage nicht ersichtlich sein. Direkte persönliche Kontakte sind zur adäquaten Beurteilung zwingend erforderlich. Rückweisungen, Ablehnungen, Prüfungen sind häufige negative Erfahrungen bei diesen Patienten, das Risiko einer iatrogenen Verschlechterung durch Begutachtungen ist zu hoch.
Anlage Leistungsmodule		KBV	Wir unterstützen den Vorschlag der KBV.	Der Vorschlag der Leistungsmodule erscheint geeignet, um den komplexen individuellen Behandlungsbedarfen gerecht zu werden und eine effiziente Koordination der Netzwerkleistungen zu gewährleisten.

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Gesellschaft für Neuropsychologie</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" type="checkbox"/> ja
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"/>

Prof. Josef Hecken  
Unparteiischer Vorsitzender  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

DGPPN-Geschäftsstelle  
Reinhardtstraße 27 B  
10117 Berlin  
T +49 30 2404 772-0  
F +49 30 2404 772-29  
sekretariat@dgppn.de  
dgppn.de

Berlin, 26.01.2021

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

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,  
der Deutsche Bundestag hat in § 92 Abs. 6b SGB V vorgegeben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, erlassen soll. Dabei sind nach Maßgabe des Gesetzgebers explizit auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.

Es war ein zukunftsweisendes Ziel des Gesetzgebers, die Behandlung im ambulanten, institutsambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereich besser zu strukturieren und zu koordinieren und insbesondere an den Schnittstellen zwischen diesen Behandlungs-Sektoren belastbare und effektive Übergänge zu schaffen. Dadurch sollte eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Versorgung geschaffen werden, die sich am konkreten und individuellen Behandlungsbedarf der jeweiligen Patientinnen und Patienten orientiert, die unterschiedlichen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen nutzt, gemeinsame Verantwortung für den Behandlungsprozess einfordert und eine vertrauensvolle Grundlage für eine langfristige therapeutische Beziehung bietet. Auf die Notwendigkeit von in diesem Sinne veränderten Versorgungsstrukturen weist auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen hin.

Während der vorliegende Entwurf für eine Richtlinien einen wichtigen Schritt in Richtung einer koordinierten Versorgung im Vertragsarztbereich darstellt, wird das gesetzgeberische Ziel einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung verfehlt.

Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen, finden sich in unserem hochgradig fragmentierten Versorgungssystem nicht zurecht und scheitern häufig an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern. An den Übergängen zwischen den einzelnen Versorgungsformen, besonders auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, kommt es immer wieder zu Abbrüchen der Behandlung, die eine relevante Gefährdung der psychischen Gesundheit bewirken kann. Vor

### VORSTAND

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz  
Präsident  
Prof. Dr. med. Arno Deister  
Past President  
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer  
President Elect

Prof. Dr. med. Martin Driessen  
Prof. Dr. med. Andreas J. Fallgatter  
Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank  
Dr. med. Iris Hauth  
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz  
Prof. Dr. med. Frank Jessen  
Dr. med. Christian Kieser

Dr. med. Sabine Köhler  
Prof. Dr. med. Andreas Küthmann, Kassensführer  
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg  
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller  
Prof. Dr. med. Andreas Reif  
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller  
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim  
Prof. Dr. med. Rainer Rupprecht

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN  
IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11  
BIC HYVEDEMMXXX  
VR 26854 B, Amtsgericht  
Berlin-Charlottenburg

UST-ID-Nummer  
DE251077969



diesem Hintergrund muss die von DKG und KBV avisierte obligate Kooperation des Netzverbands mit pflichtversorgenden Krankenhäusern eine entscheidende Rolle spielen. Zur Verbesserung der sektorübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung sind jedoch noch weitere Regelungen seitens des G-BA, gegebenenfalls auch des Gesetzgebers, zu treffen. Auf die bekannten weitreichenden Vorschläge der DGPPN zur Verbesserung der Sektorenübergänge im Sinne einer gestuften Versorgung kann jederzeit zurückgegriffen werden.

Für eine diesbezügliche Beratung steht die DGPPN zur Verfügung.

Mit den besten Grüßen



Prof. Dr. Thomas Pollmächer  
Präsident

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

<b>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
2	1	DKG	Die DGPPN befürwortet den Vorschlag der DKG.	Die GKV-Position wird abgelehnt, da, eine „hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ als Voraussetzung für eine Behandlung nach der Richtlinie einerseits problematisch ist, weil keine einheitliche Operationalisierung dieses Merkmals existiert. Zudem ist die Einführung dieses Merkmals unnötig, da Patienten, die der Versorgung nach der Richtlinie teilnehmen, diese Voraussetzung ohnehin erfüllen werden. In Satz 3 wird eine zweite Definition eingeführt, nachdem oben bereits eine klare Definition der Patientengruppe gegeben wurde. Dies ist überflüssig und trägt eher zur Verwirrung bei.
2	2	KBV/DKG/PatV	Der Vorschlag von KBV/DKG/PatV wird befürwortet.	Die Auswahl psychischer Störungen durch den GKV-SV ist willkürlich. Das Vorliegen einer deutlichen Beeinträchtigung und eines komplexen Behandlungsbedarfs ist grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen möglich und kann nicht an einzelnen Diagnosen festgemacht werden. Ein Ausschluss etwa von Demenzpatienten ist in keiner Weise gerechtfertigt. Die Beeinträchtigung und der Bedarf leiten sich zudem aus den Absätzen 3 und 4 ab, sodass eine Benennung spezifischer Diagnosen überflüssig ist.
2	3	alle	Die Verwendung der GAF-Skala wird befürwortet. Der Grenzwert	Ein GAF < 50 ist für den ambulanten Bereich zu niedrig angesetzt. Das neue Versorgungsangebot soll dazu beitragen, stationäre Aufenthalte

			<p>muss aber auf einen GAF-Wert von mindestens 60 angehoben werden.</p>	<p>zu vermeiden. Dafür müssen aber auch Patienten nach der Richtlinie versorgt werden können, die in einzelnen Lebensbereichen (noch) relativ gut funktionieren (z. B. berufstätige Patienten oder junge Erwachsene mit einer beginnenden psychotischen Erkrankung). Ein Grenzwert von 50 würde bedeuten, dass nur Patienten mit ernstesten Symptomen (z. B. Suizidgedanken) ODER einer Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen <u>und</u> schulischen Leistungsfähigkeit erreicht werden können. Diese Patienten sind bereits so schwer beeinträchtigt, dass sich ein vorbeugender Effekt der Versorgung nach der Richtlinie nur noch begrenzt entfalten könnte.</p> <p>Auch wenn im Verlauf eine Verbesserung in einem einzelnen Lebensbereich (z. B., ein Patient beginnt eine Berufsausbildung) eintritt, müsste demnach die koordinierte Versorgung abrupt enden, was eine nachhaltige Stabilisierung konterkarieren würde.</p> <p>Die Zielgruppe der Richtlinie sind laut Gesetzestext „insbesondere“ schwer psychisch kranke Versicherte. Diese Formulierung macht deutlich, dass Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen <u>sowie</u> solche, die mit großer Wahrscheinlichkeit zukünftig eine schwere psychische Erkrankung entwickeln könnten, adressiert werden sollen. Diesem Auftrag muss bei der Festlegung des GAF-Grenzwertes insofern Rechnung getragen werden, dass auch im Grenzbereich einer Beeinträchtigung im Bereich von 51-60 GAF-Punkten eine Versorgung nach der Richtlinie möglich sein muss.</p>
3	1, Nr. 5	KBV/PatV	<p>Fachärzte für Neurologie können Teil des Netzverbands werden, jedoch nicht die Rolle als Bezugsärzte nach § 5 Abs. 1 übernehmen.</p>	<p>Fachärzte für Neurologie behandeln die mit der Richtlinie adressierten Krankheitsbilder nicht federführend.</p>
3	3	KBV/DKG	<p>Psychiatrische Institutsambulanzen sollten nicht Mitglied des Netzverbundes sein.</p>	<p>Siehe § 4 Abs 4.</p>
4	2	KBV/PatV	<p>Die Leitung der Versorgung/Gesamtbehandlungs-</p>	<p>Niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten nehmen bisher in keiner Weise in einer koordinierenden Funktion an der Versorgung</p>

			<p>planung durch Psychologische Psychotherapeuten wird nicht unterstützt.</p>	<p>von Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf teil. Psychologische Psychotherapeuten sind im umschriebenen Bereich der Psychotherapie hochqualifiziert, sie verfügen aber nicht über die umfassende Qualifikation von Fachärzten in Diagnostik und multimodaler Therapie. Daher muss die Leitung zwingend an einen Facharzt als Bezugsarzt gebunden sein.</p>
4	3	alle	<p>Die DGPPN lehnt die Vorschläge der Bänke ab und macht einen eigenen Vorschlag:</p> <p><i>„Der Netzwerk besteht aus mindestens 10 Leistungserbringern, davon mindestens 5 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Weitere Mitglieder sind Leistungserbringer der in § 3 Abs 1 genannten Berufsgruppen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Soziotherapie und Psychiatrische Krankenpflege.“</i></p>	<p>Bei einem Zusammenschluss von jeweils einem Vertreter pro Berufsgruppe kann noch von keinem Netzwerk die Rede sein. Die Anforderung eines Zusammenschlusses von insgesamt 30 Fachärzten und Psychotherapeuten ist in vielen ländlich geprägten und/oder stark unterversorgten Regionen nicht umsetzbar und würde die Gründung solcher Verbände unnötig erschweren. Obligatorisch sollten nur Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie als Mitglied des Verbands vorgegeben werden, da sie alle notwendigen Diagnostik- und Behandlungsangebote vorhalten.</p>
4	4	KBV/DKG	<p>Der Abschluss von verbindlichen Netzwerk- und Kooperationsverträgen wird ausdrücklich begrüßt. Diese Verträge sollten Regelungen zum Sektorenübergang enthalten. Die Beteiligung von mindestens einem Krankenhaus mit Pflichtversorgung wird begrüßt.</p>	<p>Ohne verbindliche Netzwerk- und Kooperationsverträge wird das Versorgungsangebot voraussichtlich nicht angemessen realisiert. Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs müssen für alle Seiten verbindlich getroffen werden. Es ist unbedingt notwendig, mindestens ein Krankenhaus mit regionaler psychiatrischer Pflichtversorgung an den Netzwerken zu beteiligen. Eine Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung ist nur möglich, wenn ein Kooperationsvertrag mit dem im akuten Krisenfall zuständigen Krankenhaus besteht.</p>

4	5, Nr. 7 und Nr. 8	KBV/DKG	Der Vorschlag wird begrüßt, die Suchtberatungsstellen und die Wohneinrichtungen für Demenzkranke sollten potenzielle Partner sein.	Es gibt keinen plausiblen Grund, diese Anbieter auszuschließen.
4	6	KBV/DKG/PatV	Die Voraussetzung einer qualifizierten Entzugsbehandlung wird abgelehnt, keine Übernahme.	Es ist nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle eine einzelne Leistung im Detail Voraussetzung sein soll, auch wenn das Angebot einer qualifizierten Entzugsbehandlung sehr wünschenswert ist. Bei vielen psychischen Erkrankungen besteht eine hohe Komorbidität mit Suchterkrankungen. Patienten mit einer komorbiden Suchterkrankung könnten bei Übernahme dieser Voraussetzung in Netzverbänden, die kein Krankenhaus mit diesem spezifischen Behandlungsangebot einschließen konnten, womöglich pauschal nicht versorgt werden, obwohl sie von dem koordinierten und strukturierten Versorgungsangebot trotzdem profitieren würden.
4	10	KBV	Der Vorschlag der KBV wird befürwortet.	Die Wahrung der personellen Kontinuität ist bei der Behandlung psychischer Erkrankungen von zentraler Bedeutung. Ein erzwungener Wechsel wäre kontraproduktiv. Eine bereits begonnene Behandlung sollte deshalb zur Gewährleistung der Kontinuität auf Patientenwunsch fortgesetzt werden können und die Behandler außerhalb des Netzverbundes in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung nach der Richtlinie einbezogen werden.
5	1	GKV-SV	Der Vorschlag des GKV-SV wird befürwortet.	Bezugsbehandler sollten ausschließlich Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sein. Fachärzte für Neurologie und Psychologische Psychotherapeuten können diese Aufgabe nicht übernehmen.
5	2	DKG	Der Vorschlag der DKG wird unterstützt.	Es ist nicht sinnvoll, im Vorhinein festzulegen, welcher Behandler im Netzverbund Bezugsarzt werden soll. Die Festlegung des Bezugsarztes sollte sich nach Merkmalen des Arztes, etwa fachlicher Schwerpunkt und Kapazitäten, sowie dem Patientenwunsch richten.

5	3	KBV	Der Vorschlag von GKV-SV/DKG/PatV (keine Übernahme) wird unterstützt.	Es ist bereits an anderer Stelle geregelt, in welcher Weise der Bezugsarzt die Behandlung des Patienten koordiniert. Die weitere Bildung eines patientenindividuellen Behandlungsteams erscheint überflüssig.
6	1-3	DKG	Die Linie der DKG wird unterstützt. Der Vorschlag des GKV-SV zu § 6 Abs. 3 wird abgelehnt.	Die Koordination darf nicht vollständig durch eine nichtärztliche Kraft erfolgen.
7	1, Nr. 7	KBV/DKG	Der Vorschlag der KBV/DKG wird unterstützt. Der Vorschlag des GKV-SV wird abgelehnt.	Eine Erreichbarkeit des Behandlungsteams für 14 oder 24 Stunden am Tag ist nicht realistisch umsetzbar und würde eine große Hürde für die Entstehung von Netzverbänden bedeuten. Eine Sicherung der Krisenversorgung rund um die Uhr ist aber, wie von KBV und DKG vorgeschlagen, über Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Diensten möglich.
7	1, Nr. 9	KBV/DKG/PatV:	Der Vorschlag KBV/DKG/PatV wird unterstützt	Für eine erfolgreiche Umsetzung einer berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgung sind regelmäßige Netzverbundkonferenzen unabdingbar. KH soll beteiligt werden.
8	2	KBV	Der Vorschlag der KBV wird unterstützt.	Im Rahmen der Regelung des Zugangs zur Richtlinie sollte auch sichergestellt werden, dass für alle Patienten mit psychischen Erkrankungen geprüft wird, ob sie für eine Versorgung nach der SKV-RL in Frage kommen. Insbesondere bei Behandlungen im Rahmen der Psychotherapie-RL (§ 92 6a SGB V) sollte nach einer gewissen Behandlungsdauer eine Einschätzung durch einen Facharzt zur Eignung für eine Versorgung nach der SKV-RL eingeholt werden müssen.
8	5	DKG/KBV/PatV	Der Vorschlag von DKG/KBV/PatV wird unterstützt	Eine Frist von 3 Tagen, wie vom GKV-SV gefordert, ist unrealistisch und in der Regel auch nicht notwendig.
9	7	KBV/PatV	Der Vorschlag der KBV/PatV wird unterstützt.	Eine aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld wird im Bedarfsfall als sinnvoll erachtet.

11	Nr. 4	KBV/DKG	Der Vorschlag der KBV/DKG wird unterstützt.	Ein Empfangen der koordinierenden Person im häuslichen Umfeld sollte für Patienten nicht verpflichtend sein. Im Einzelfall sind Umstände denkbar, unter denen Patienten es als hoch intrusiv und als Nötigung erleben könnten, Behandler bei sich zuhause empfangen zu müssen, um eine koordinierte Versorgung in Anspruch nehmen zu können.
----	-------	---------	---	--

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>

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

<b>Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz</b>				
<b>26. Januar 2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<i><b>Beispiele:</b></i>				
Bitte geben Sie immer den jeweiligen Paragraphen an.	Bitte nutzen Sie für jeden Absatz eine eigene Tabellenzeile.	Bitte geben Sie jeweils an, von wem die Position vertreten wird, zu der Sie Stellung nehmen.	Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.
2	2	KBV/DKG/PatV	Wird befürwortet	Auch für weitere als die vom GKV-Vorschlag umfassten Krankheitsbilder wird eine sinnvolle Anwendung dieser Richtlinie gesehen, z.B. für Demenzen mit psychischen Verhaltensänderungen. Gerade bei der Behandlung von Demenzen ist eine multiprofessionelle Herangehensweise wichtig. In der S3-Leitlinie ist sind im Kapitel 3.4 mehrere psychosoziale, nicht-medikamentöse Interventionen zum Einsatz empfohlen, die durch unterschiedliche Berufsgruppen durchzuführen sind. Oft werden von den



				Betroffenen aber diesbezüglich eine mangelhafte Versorgung sowie wenig Absprachen erlebt. Viele Patienten werden nicht nach der Leitlinie behandelt und mit diesen Interventionen versorgt. Von daher wird mit der Richtlinie ein sinnvoller Einsatz für diesen Personenkreis gesehen, um die Kooperation verschiedener Versorger zu verbessern.
4	4	PatV	Vorschlag für 1.-3. wird befürwortet	Die Anforderungen an die Bildung eines Netzwerkes sollten nicht zu eng gefasst werden, damit nicht Regionen, in denen bestimmte LE nicht vorhanden sind, ausgeschlossen sind. Deshalb keine Übernahme des Vorschlages von KBV/DKG
6	1	PatV	Wird befürwortet	Bei der Koordination im Sinne der Patienten ist insbesondere wichtig, dass die koordinierende Person diesem bekannt ist und ein Vertrauensverhältnis besteht, nicht so sehr, wo genau dieser Person angebunden ist.
6	2	PatV	Vorschläge 1.—8. werden befürwortet	Bei der Koordination kommt es zwar auf eine qualifizierte Person an, die aber durchaus unterschiedlichen Berufsgruppen angehören kann.
7	4	PatV	Wird befürwortet	Je nach Größe kann ein Netz durch einen Netzverbundbeauftragten gestärkt werden. Dies sollte aber als „kann“-Bestimmung formuliert sein, um einerseits die Möglichkeit zu eröffnen, aber auf der

				anderen Seite keine unnötigen Posten zu schaffen, wo sie nicht nötig sind.
8	2	PatV	Wird befürwortet	Es erscheint sinnvoll, dass Patienten – egal wo sie zuerst professionelle Hilfe in Anspruch nehmen – Zugang zu der neuen Leistung erhalten. Gerade Psychosoziale Beratungsstellen oder Sozialpsychiatrische Dienste sind in der örtlichen Versorgung oft erste Anlaufstellen und kennen die Patienten bereits, so dass eine Beurteilung und eine sich daraus ergebende Überweisung kompetent erfolgen kann.
9	7	KBV/PatV	Wird befürwortet	Insbesondere bei demenzerkrankten Personen ist es wichtig, dass auch das relevante soziale und betreuende Lebensumfeld einbezogen wird. Dies sollte auch entsprechend Erwähnung finden, damit die Bedeutung von z.B. Angehörigen sichtbar wird.

#### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>

**Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.**

Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen. Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.

Wir nehmen nicht teil. Auch bei zeitlichen Änderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen. Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.

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

<b>Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V., Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin, E-Mail: cbp@caritas.de</b>				
<b>25. Januar 2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>                          <b>GKV-SV/DKG</b>	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:  1. Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht [GKV-SV/DKG: bundesweit] <b>und flächendeckend</b> 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.	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.  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><b>KBV/DKG/PatV</b></p> <p><b>KBV/DKG</b></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><b>Nummer 1:</b> 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: „<b>Der Netzwerk schließt eine verbindliche Vereinbarung zur Ausgestaltung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerk.</b>“</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:  <b>„Einbezug von Ex/In bzw. Peers. Ex/In bzw. Peers können als weitere Mitglieder den Netzwerkverbund unterstützen.“</b></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	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<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>

		<b>GKV-SV</b>		<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><b>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.</b> 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	<b>KBV/DKG/PatV</b>	Übernahme Position KBV/DKG/PatV	Um die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu dieser



		<b>GKV-SV</b>	<p>Ablehnung Position GKV-SV</p> <p>Ergänzen: <b>Öffnungsklausel für besondere Fallkonstellationen</b></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	<b>GKV-SV und PatV</b>	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 <b>oder absehbar ist.</b></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	<b>KBV/PatV</b>	<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	<b>GKV-SV/PatV</b>	<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"> <li>1. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>2. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen haben,</li> <li>3. <b>Leistungserbringer die gemäß §64b SGB V oder §140a ff. SGBV bereits berufsübergreifende Komplexeleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen,</b></li> <li>4. [GKV-SV/PatV] Leistungserbringer_innen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben</li> </ol> <p><b>Ergänzend Öffnungsklausel: [CBP]</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Leistungserbringer_innen, die ambulante Komplexeleistungen für die in § 2 Abs. 1 genannten Personen durch multiprofessionelle Teams unter Beteiligung von Ärzten und</li> </ol>	<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 <b>durch Bildung wohnortnaher patientenindividueller Teams.</b>“</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 <b>das Zusammenführen Gemeindepsychiatrischer Leistungen aus dem SGB IX und Komplexeleistungen aus dem SGB V</b>. 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 Komplexeleistungen 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"> <li>1. Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus für psychiatrische Versorgung und einen psychosomatischen Schwerpunkt und</li> <li>2. den Berufsgruppen der Ergo- und Soziotherapeut_innen, SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sowie von Pflegefachkräften für psychiatrische häusliche Krankenpflege.</li> </ol> <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"> <li>1. Sozialpsychiatrische Dienste</li> <li>2. Krisendienste</li> <li>3. Psychosoziale und Suchtberatungsstellen</li> <li>4. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe</li> <li>5. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben</li> <li>6. Selbsthilfeorganisationen.</li> </ol> <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: <a href="https://www.aerzteblatt.de/archiv/161496/Psychiatrische-Versorgung-Obdachlose-sind-haeufig-psychisch-krank">https://www.aerzteblatt.de/archiv/161496/Psychiatrische-Versorgung-Obdachlose-sind-haeufig-psychisch-krank</a> , <a href="https://taz.de/psychisch-krank-und-obdachlos/!5651808/">https://taz.de/psychisch-krank-und-obdachlos/!5651808/</a> )</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, <b>Adresse</b> , Ansprechpartner, Erreichbarkeit, Kooperationspartner, Leistungsangebot. <b>Die Informationen werden auf den Internetseiten barrierefrei veröffentlicht.</b>	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 Bezugarzt 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 <b>oder</b> Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4. In diesem Fall erfolgt die Übernahme der Koordination durch Verordnung der Bezugärztin oder des Bezugarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten. <b>Auf diese Weise können auch Teile der Koordination auf nichtärztliche Leistungserbringer übertragen werden.</b>	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		<b>Kann entfallen, siehe Begründung zu § 6 Abs. 1;</b>	
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"> <li>1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung erfolgt,</li> <li>2. die Herstellung des Erstkontakts in der Eingangssprechstunde zum Netzverbund nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen).</li> <li>3. die Diagnostik und der Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes zeitnah erfolgen (nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2)</li> <li>4. <b>Eine einheitliche und barrierefreie Patientenkommunikation (gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation)</b></li> <li>5. Eine gemeinsame Dokumentation</li> <li>6. Kann so übernommen werden</li> <li>7. Eine 24 stündige Erreichbarkeit für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht</li> <li>8. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes getroffen werden.</li> <li>9. regelmäßig Netzverbundkonferenzen stattfinden.</li> </ol>	<p>sollte, dass die Kommunikation barrierefrei erfolgen muss, ggf. unter Hinzunahme von Sprach- und Gebärdendolmetschern und in einfacher Sprache.</p> <p><b>An den regelmäßigen Fallbesprechungen und der Planung der Behandlung ist der Patient/die Patientin aktiv zu beteiligen.</b></p> <p><b>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.</b></p>
--	--	--	--	---

			<p>10. patientenorientierte Fallbesprechungen im Behandlungsteam unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden.  <b>[Ergänzung CBP:] Der Patient/die Patientin sind aktiv an der Behandlungsplanung zu beteiligen.</b> 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 <b>Netzwerkbeauftragten</b> 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-

				<p>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.</p>
8	1	KBV/DKG/PatV	<p>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.</p>	<p>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.</p>
7	2	PatV	<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten,</li> <li>2. Sozialpsychiatrische Dienste oder</li> <li>3. Psychosoziale Beratungsstellen</li> </ol>	<p>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.</p> <p>Es ist zu überlegen, ob nicht weiteren Akteuren im Sozialraum, wie z.B. Selbsthilfegruppen die Möglichkeit einer Empfehlung eingeräumt werden kann.</p>

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. <b>Die Formulierung:</b> <b>„ Voraussetzung für die Durchführung der multiprofessionellen Versorgung im Lebensumfeld ist die Eignung des Lebensumfeldes“ ist zu streichen.</b> 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"> <li>1. Stärkung der Eigenkompetenz z. B. durch Psychoedukation und Recoveryunterstützende Angebote</li> <li>2. Förderung von sozialen Fähigkeiten und Kontakten, z. B. durch soziales Kompetenztraining und Hilfeintegration, Coaching durch Genesungsbegleiter</li> <li>3. Information und Einbezug des relevanten sozialen oder betreuenden Lebensumfeldes. <b>Voraussetzung für die Durchführung der multiprofessionellen Versorgung im Lebensumfeld ist die Eignung des Lebensumfeldes.</b> Sofern Minderjährige im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten leben, ist das Kindeswohl besonders zu berücksichtigen.]</li> </ol>	<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 <b>sowie psychiatrisch-pflegerischen und sonstigen pflegerischen Maßnahmen</b> und den Bedarf an [GKV-SV/PatV: Soziotherapie und <del>psychiatrischer Krankenpflege</del> und <b>Ergotherapie</b>]</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 <b>und Sicherstellung der Kommunikation</b> 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. <b>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.</b>
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] <b>und informiert diese/n über das voraussichtliche Datum des Entlasstags.</b>	
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] <b>[Ergänzung CBP: unter Einbeziehung des Patienten/der Patientin]</b> 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			<b>[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.</b>	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**

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>

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

<b>Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				
<i>Bitte geben Sie immer den jeweiligen Paragraphen an.</i>	<i>Bitte nutzen Sie für jeden Absatz eine eigene Tabellenzeile.</i>	<i>Bitte geben Sie jeweils an, von wem die Position vertreten wird, zu der Sie Stellung nehmen.</i>	<i>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu.</i>	<i>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</i>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<p><b>Klarstellung: Voraussetzung für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist der psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsbedarf.</b></p> <p><i>Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist eine Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit komplexem: „...psychiatrischen, psychosomatischen und <u>oder</u> psychotherapeutischen...“</i></p>	Der Gesetzgeber sieht in § 92 Abs.6b SGB V vor, dass ein psychiatrischer <u>oder</u> psychotherapeutischer Behandlungsbedarf gegeben sein kann, um an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilzunehmen, das sollte hier zumindest wiedergegeben werden.

1	2 (1.)	KBV/DKG/PatV	<p><b>Unterstützung des Einschubes:</b></p> <p><i>„...und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen...“</i></p>	<p>Das in dieser Richtlinie angesprochene multiprofessionelle Versorgungsangebot sowie die aufsuchenden Hilfen können nur umgesetzt werden, wenn Wegezeiten gering gehalten werden und der Zugang für Patient*innen niedrigschwellig gestaltet ist. Die beteiligten vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringer halten nach Bed.PI. RI. dieses wohnortnahe Versorgungsangebot vor.</p>
1	3	KBV/PatV	<p><b>Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten übernehmen Behandlungsleitung.</b></p> <p><i>„Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Patientenwillens durch folgende Maßnahmen erreicht werden:</i></p> <p>...</p> <p><i>4. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten...“</i></p>	<p>Zur Gewährleistung eines ausreichenden, flächendeckenden Behandlungsangebotes im Sinne dieser Richtlinie ist eine Beteiligung der Psychotherapeut*innen als Bezugspsychotherapeut*innen notwendig. Dabei ist die Kontinuität des Behandlers und des Vertrauensverhältnisses eine tragende Komponente für einen Behandlungserfolg. Die freie Arzt- Psychotherapeutenwahl ist zu gewährleisten. Patient*innen sollten die Bezugsärztin/ den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin/ den Bezugspsychotherapeuten entsprechend eines gewachsenen Vertrauensverhältnisses, dem Hauptversorgungsanteil etc. wählen können.</p>
2	1	KBV/DKG	<p><b>Die Formulierung wird unterstützt:</b></p> <p><i>„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, psychosomatischer</i></p>	<p>Deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patient*innen werden in dieser Richtlinie durch ein multiprofessionelles und vernetztes Behandlungsangebot adäquat begegnet. Eine weitere Eingrenzung des Indikationsbereiches, wie sie der GKV-SV vorschlägt, grenzt Patient*innen mit einem komplexen Versorgungsbedarf aus.</p>

			<p><i>oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, haben Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie.“</i></p> <p><b>Die formulierten Voraussetzungen des GKV-SV für eine Behandlung nach dieser Richtlinie sind nicht zielführend:</b></p> <p><i>„...einer schweren psychischen Erkrankung...“</i></p> <p><i>„...Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit...“</i></p> <p><i>„...dass über einen längeren Zeitraum Krankheitssymptome bestehen...“</i></p> <p><i>„... zu einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen...“</i></p>	<p>Der Gesetzgeber adressiert in dieser Richtlinie Patient*innen mit „insbesondere“ schweren psychischen Erkrankungen und signalisiert, dass der Indikationskatalog weit zu fassen ist.</p> <p>Die Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit der Patient*innen kann mit Unterstützung von Sozialtherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und/oder HPK im Rahmen dieses Versorgungsangebotes hergestellt und im Verlauf der Behandlung unterstützt werden und ist nicht Voraussetzung zu Beginn einer Behandlung.</p> <p>Krankheitssymptome sollten nicht bereits über einen längeren Zeitraum bestehen- das würde bedeuten, dass Patienten erst nach einer Chronifizierung ihrer Erkrankung versorgt werden können. Eine bereits bestehende intensive Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen ist kein ausschlaggebendes Kriterium für eine Komplexbehandlung. Niedrigschwellig sollten auch die Patient*innen versorgt werden, denen der Zugang zu adäquater medizinischer oder psychosozialer Hilfe bislang verwehrt war.</p>
--	--	--	--	---

2	2	KBV/DKG/PatV	<p><b>Die Einbeziehung der psychischen Erkrankungen aus dem Kapitel V. (F00 bis F99) des ICD-10-GM wird unterstützt.</b></p> <p><i>„Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99) des ICD-10-GM vor.“</i></p>	<p>Ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf orientiert sich am notwendigen (multiprofessionellen) Hilfsangebot und kann sich über alle Indikationen des F- Kapitels ergeben.</p> <p>Der Ausschluss an Indikationen wie es der GKV-SV vorschlägt, erscheint willkürlich.</p> <p>Störungsbilder allein geben keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf und sind vollumfänglich zu erfassen.</p> <p>Im vorgeschlagenen Indikationskatalog des GKV-SV fehlen wichtige Störungsbilder wie zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>F 00: Demenzerkrankungen</li> <li>F 23: akute vorübergehende psychotische Störungen</li> <li>F 24: induzierte wahnhafte Störungen</li> <li>F 32.0 bis F32.1 und F 33.0 bis F 33.1: depressive Störungen</li> <li>F 34: anhaltende affektive Störungen</li> <li>F 40: phobische Störungen</li> <li>F 41: andere Angststörungen</li> <li>F 43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</li> <li>F 44: Dissoziative Störungen</li> <li>F 45: somatoforme Störungen</li> <li>F 51: nichtorganische Schlafstörungen</li> <li>F 52: sexuelle Funktionsstörungen</li> <li>F 53: psychische Verhaltensstörungen im Wochenbett</li> <li>F 62 bis F 69: Impulskontrollstörungen bis Störungen der Geschlechtsidentität</li> <li>F 7: Intelligenzminderung</li> </ul>
---	---	--------------	--	--



2	3	KBV	<p><b>Die Erfassung der Schwere einer psychischen Erkrankung anhand bestehender Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen wird geteilt und liegt in der Kompetenz von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen.</b></p> <p><i>„Es liegen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vor. Zur differenzierten Erfassung soll ein Fremdeinschätzungsinstrument Einsatz finden; insbesondere können hierfür geeignet sein:</i></p> <p><i>a.) das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF- APP)</i></p> <p><i>b.) die Global Assessment of Functioning Scale (GAF- Skala)“</i></p>	<p>Neben der Diagnose aus dem F-Kapitel des ICD 10 werden der Bezugärztin/dem Bezugsarzt, der Bezugspsychotherapeutin/dem Bezugspsychotherapeuten zur Beurteilung der deutlichen Einschränkung in „verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen“ beispielhaft Fremdeinschätzungsinstrumente aufgezeigt. Diese können eingesetzt werden, um den Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie einzuschätzen. Die Entscheidung obliegt den oben aufgezählten Fachgruppen in Absprache mit den Patient*innen. Die vom GKV-SV vorgeschlagene ausschließliche Orientierung an einem GAF-Wert von 40 (höchstens ≤50) unterliegt erheblichen subjektiven Einschätzungsfehlern. Die vorgeschlagene Skala ist ungenau und als alleinige Entscheidungshilfe nicht geeignet. Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Aufnahme in die Versorgung nach dieser Richtlinie findet sich im geeinten § 2 Abs. 4: Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 notwendig ist.</p>
3	1 (5.)	KBV/PatV	<p><b>Die Einbeziehung der Fachärzt*innen für Neurologie in die Gruppe der zur Teilnahme Berechtigten wird begrüßt.</b></p> <p><i>„...[KBV/PatV: Fachärztinnen und</i></p>	<p>Die Fachgruppe der Neurologen ist zu beteiligen, da sie zum Beispiel bei der Versorgung von dementiellen Erkrankungen einen wichtigen Versorgungsanteil übernehmen.</p>

			<i>Fachärzte für Neurologie]...“</i>	
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>GKV-SV</b>	<p><b>Die Beteiligung der Psychiatrischen Institutsambulanzen in der durch den GKV-SV vorgeschlagenen Art halten wir nicht für zielführend.</b></p> <p><i>„Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V für Erwachsene und dem folgenden Leistungsspektrum berechtigt:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, die Leistungen nach §§ 5, 6 und 11 erbringen und Leistungen im Umfang der Ermächtigung nach § 118 SGB V erbringen,</i></li> <li><i>2. Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, die im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ausschließlich Leistungen im Umfang ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V erbringen.</i></li> </ol> <p><i>Durch Einrichtungen nach Nummer 1 müssen mindestens vorgehalten werden:</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><i>a) Fachärztinnen und</i></p>	<p>Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen im Rahmen der Bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen einen definierten Versorgungsauftrag. Für eine Beteiligung an diesem Versorgungsangebot fehlt den PIA die personelle wie finanzielle Ausstattung z.B. um eine gegebenenfalls notwendige regelmäßige psychotherapeutische Versorgung anzubieten. Schicht- und Bereitschaftsdienste der Mitarbeiter*innen einer stationären Einrichtung verhindern die notwendige Behandlerkontinuität. Eine ausreichende Vernetzung mit ambulanten Vertragsbehandlern z.B. über gemeinsame Qualitätszirkel, ist nicht gegeben und die Kooperation mit ambulanten Spezialtherapeuten sowie sozialrechtliche Kompetenzen der Delegation, Verordnung und Überweisung fehlen. Den Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf soll in dieser Richtlinie ein ambulantes Versorgungsangebot zur Verfügung gestellt werden, stationäre Aufenthalte sollen vermieden oder reduziert werden, der Drehtüreffekt unterbrochen werden. Dafür ist ein ausgesprochen ambulant organisiertes Behandlungssetting notwendig. Die Einbeziehung stationärer Einrichtungen als Kooperationspartner der Versorgungsnetze zur Verbesserung des Überleitungsmanagement findet sich in § 4 Abs. 4 von KBV/DKG.</p>

			<p><i>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie oder</i></p> <p>b) <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder</i></p> <p>c) <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie.“</i></p>	
4	3	KBV	<p><b>Wir begrüßen die vorgeschlagene Struktur, Zusammensetzung und Mindestgrößen eines Netzverbundes.</b></p> <p>1.</p> <p><b>15 Fachärztinnen und Fachärzten für</b></p> <p>a) <i>Psychiatrie und Psychotherapie,</i></p> <p>b) <i>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i></p> <p>c) <i>Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</i></p> <p>d) <i>oder Neurologie und</i></p> <p>2.</p> <p><b>15 ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen oder</b></p>	<p>Diese Netzstruktur ermöglicht die Vorhaltung einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung psychisch Erkrankter mit komplexem Versorgungsbedarf.</p> <p>Der KBV- Vorschlag sieht vor, dass sich innerhalb dieser Strukturen kleine Patientenbezogene Behandlungsteams aus mindestens einer Fachärztin/einem Facharzt und einer/einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten bilden.</p> <p>Durch die Größe des Netzes ist Behandlerkontinuität gewährleistet. Patient*innen können eine begonnene Psychotherapie oder psychiatrische Versorgung bei ihrer/m Psychotherapeutin/Psychotherapeuten und Psychiaterin/Psychiater beibehalten oder innerhalb des Netzes finden.</p> <p>Dafür ist eine Mindestvorgabe in der Anzahl der Leistungserbringer notwendig.</p>

			<p><i>Psychotherapeuten.</i></p> <p><i>Die Mindestanzahl an teilnehmenden Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern ist erforderlich um</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>das koordinierte, berufsgruppen-übergreifende, zielgenaue und diagnose- spezifische Versorgungsangebot</i></li> <li>• <i>die Gruppenangebote</i></li> <li>• <i>die zeitnahe Terminvergabe und</i></li> <li>• <i>die regionale Verfügbarkeit</i></li> </ul> <p><i>zu gewährleisten.</i></p> <p><i>Aufgrund regionaler Besonderheiten kann von den Bestimmungen dieses Absatzes abgewichen werden.“</i></p>	<p>Diese Richtlinie regelt die Kooperation der Leistungserbringer, den fachlichen Austausch und die Einbeziehung weiterer Fachgruppen. Größere Netzstrukturen sind in der Lage ein Gruppenangebot zur Verfügung zu stellen und eine zeitnahe Terminvergabe zu gewährleisten. In ländlichen Regionen, mit einer geringen Arzt/Psychotherapeutendichte, kann von diesen Vorgaben abgewichen werden. Die Vorgaben des GKV-SV zum Netzverbund sind nicht geeignet ein flächendeckendes Angebot zu etablieren. Sie zielen ab auf wenige fachärztliche Praxen die eine kostenintensive Personalstruktur vorhalten. Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf sind gezwungen, laufende Behandlungen aufzugeben um sich in diese wohnortfernen Praxen zu begeben.</p>
<b>4</b>	<b>4</b>	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Die Voraussetzungen der KBV für die Bildung eines Netzverbundes werden begrüßt.</b></p> <p><i>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</i></li> <li>2. <i>einer Ergotherapeutin oder einem</i></li> </ol>	<p>Der Netzverbund stellt sich multiprofessionell auf. Dazu werden Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus und mindestens einer Ergo- oder Soziotherapeutin/einem Ergo- oder Soziotherapeuten und mindestens einer Pflegefachperson geschlossen. Die Behandlungsteams können diese oder weitere Spezialtherapeut*innen (§ 4 Abs. 5) einbeziehen. Die kooperative Einbeziehung der Klinik ermöglicht die Organisation einer Sektorenübergreifenden Versorgung mit verkürzten Zuweisungswegen in die Klinik und einer Aufnahme von Patient*innen aus dem stationären Setting in die ambulante Komplexversorgung.</p>

			<p><i>Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</i></p> <p><i>Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche <b>[KBV: Leistungsinhalte]</b> <b>[DKG: Inhalte zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit]</b> können zusätzlich <b>[KBV: im Bedarfsfall]</b> vereinbart werden.</i></p> <p><i><del><b>[DKG: Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Zusätzlich soll mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser über psychosomatische Kompetenzen verfügen.]</b></del></i></p> <p><i><b>KBV:</b> 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.</i></p>	<p>Weitere Bedingungen an die kooperierenden stationären Einrichtungen zu stellen, wie von der DKG vorgeschlagen (psychosomatische Kompetenzen/psychiatrische Pflichtversorgung) sind u.U. in ländlichen Regionen mit vertretbaren Wegezeiten nicht zu gewährleisten und/oder können diese Einrichtungen überfordern.</p>
--	--	--	--	---

			<p><i>1 bis 5 dies erforderlich machen. Auf diese Weise solle insbesondere Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt und die soziale Integration der Patientin oder des Patienten gefördert und stabilisiert werden.]“</i></p>	
4	5 (7. und 8.)	KBV/DKG	<p><b>Die Einbeziehung der Suchtberatungsstellen und Wohneinrichtungen für Demenzkranke bei Bedarf wird begrüßt.</b></p> <p><i>„Vertreterinnen und Vertreter folgender Berufsgruppen oder Einrichtungen können bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden:</i></p> <p>....</p> <p><i>7. Suchtberatungsstellen,</i></p> <p><i>8. Ambulante betreute Wohneinrichtungen für Demenzkranke...“</i></p>	<p>Die Einbeziehung der Suchtberatungsstellen und/oder – Mitarbeiter*innen ermöglicht es, suchtspezifische Sozialberatung und weitere Angebote wie ergänzende Gruppenangebote (Angehörigengruppen etc.) einzubeziehen.</p> <p>Das Überleitungsmanagement einer Weiterbehandlung wird durch die fakultative Einbeziehung erheblich erleichtert.</p> <p>Die Einbeziehung der ambulant betreuten Wohneinrichtungen für Demenzkranke ermöglicht eine barrierearme Zusammenarbeit in der Versorgung nach dieser Richtlinie.</p>
4	6	GKV-SV	<p><b>Die verpflichtende Einbeziehung von Leistungserbringern die Entzugsbehandlungen Abhängigkeitserkrankter Erwachsener durchführen als Voraussetzung für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen nach dieser Richtlinie lehnen wir</b></p>	<p>Die verpflichtende Einbeziehung dieser Einrichtungen in die regionale Netzstruktur ist für die anschließende ambulante Behandlung verzichtbar.</p> <p>Der notwendige Patientenbezogene Austausch kann auch ohne eine vertragliche Einbindung der Einrichtung sichergestellt werden.</p>

			<p><b>ab.</b></p> <p><i>„Die Versorgung von Erkrankungen nach § 2 Absatz 2 Nummer 1 setzt voraus, dass die im Netzverbund teilnehmende Leistungserbringerin oder der im Netzverbund teilnehmende Leistungserbringer nach § 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 oder § 4 Absatz 3 Satz 3 spezifische qualifizierte Entzugsbehandlungen Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS- Kode 9-647) durchführt.“</i></p>	
5	1	KBV	<p><b>Wir begrüßen, dass Bezugsärztinnen oder Bezugsärzte oder Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten die zentralen Ansprechpartner und Koordinatoren bei der Versorgung nach dieser Richtlinie sind. Die Begrenzung auf die Fachgruppen Psychiater, Nervenärzte und Psychosomatiker, wie es der GKV-SV vorschlägt, greift hingegen zu kurz.</b></p> <p><i>„Die Bezugsärztinnen oder Bezugsärzte oder die Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten sind die zentralen Ansprechpartner und Koordinatoren für die Patientinnen und Patienten bei der Versorgung nach dieser Richtlinie.“</i></p>	<p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie muss flächendeckend, niedrigschwellig und kooperativ organisiert sein. Dazu bedarf es zentraler Ansprechpartner, die in Kenntnis des ambulanten Versorgungssystems die Patient*innen begleiten und die Zusammenarbeit aller Beteiligten koordinieren. Durch diese findet die Behandlungsplanung und ggf. die Einbeziehung weiterer Behandler und Hilfsangebote mit patientenbezogenen, individuellen und indikationsbezogenen Schwerpunkten statt. Diese werden durch die zu beteiligenden Fachgruppen, Psychiater, Nervenärzte, Neurologen, Psychotherapeuten und Psychosomatiker fachlich repräsentiert.</p> <p>Durch die breite Beteiligung der genannten Fachgruppen werden Brüche in einer angestrebten oder bereits stattfindenden psychiatrischen/psychotherapeutischen/neurologischen oder psychosomatischen Versorgung vermieden. Die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts des NPPV-Projekts in Nordrhein beruht auch auf dem guten</p>

				<p>Informationsfluss und der Förderung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit der beteiligten Fachgruppen mit dem Konzept des koordinierenden Bezugsarztes und Bezugstherapeuten.</p> <p>Der Ausschluss der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut*innen, wie es der GKV- SV vorschlägt, unterläuft den Willen des Gesetzgebers, der mit dieser Richtlinie insbesondere die psychotherapeutische Versorgung adressiert hat.</p>
5	3	KBV	<p><b>Die Bildung von Behandlungsteams wird begrüßt.</b></p> <p><i>„Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines patientenindividuellen und patientenzentrierten Behandlungsteam erforderlich. Die Bezugsarztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt das Behandlungsteam zusammen...“</i></p>	<p>Behandlungsteams bestehen aus einer Fachärztin/einem Facharzt und einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten und können patientenbezogen und in Absprache mit den Patientinnen zusammengestellt werden. Durch ein kleines Kernteam werden entscheidende somatische und psychotherapeutische Kompetenzen zusammengeführt, Schwerpunkte der Versorgung nach dieser Richtlinie festgelegt und personell repräsentiert.</p> <p>Die Bezugspsychotherapeutin/der Bezugspsychotherapeut oder Bezugsarztin/Bezugsarzt werden festgelegt je nach Schwerpunkt der Behandlung in Absprache mit den Patient*innen.</p> <p>Die notwendigen sozialrechtlichen Befugnisse zur Veranlassung der flankierenden Maßnahmen, Ergotherapie, Soziotherapie, häuslich-psychiatrische Krankenpflege, der Veranlassung einer somatischen Abklärung sowie gegebenenfalls Veranlassung einer stationären Behandlung liegen in den genannten Fachgruppen vor.</p>
6	1(1.)	KBV	<p><b>Die Übertragung von Koordinationsaufgaben wird begrüßt.</b></p> <p><i>„Die Koordination der Versorgung der</i></p>	



			<p>Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut. Teile der Koordinationsaufgabe können entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben an Personengruppen nach Absatz 2 oder an andere Netzmitglieder übertragen werden.“</p>	
6	1	GKV-SV/PatV	<p><b>Den Vorschlag, die koordinierende Person weisungsgebunden anzubinden lehnen wir ab.</b></p> <p>„Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie i.S.d.§ 11 erfolgt durch eine nichtärztliche koordinierende Person, angebunden an die Praxis der Bezugärztin oder des Bezugsarztes  <b>[PatV: oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten] [GKV-SV: Die koordinierende Person ist der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt weisungsgebunden.]</b></p>	<p>Einzelne Koordinierungsaufgaben können von der Bezugärztin/dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin/dem Bezugspsychotherapeuten delegiert und von verschiedenen Fachgruppen wahrgenommen werden. In Betracht kommt die/der in der Praxis der Bezugspsychotherapeutin/ des Bezugspsychotherapeuten oder der Bezugärztin/des Bezugsarztes angestellte MFA mit entsprechender Qualifikation. Darüber hinaus können z.B. die einbezogenen Soziotherapeuten oder Ergotherapeuten koordinierende Funktion übernehmen. Die Aufgabenverteilung ergibt sich aus dem Gesamtbehandlungsplan und ist Teil der Tätigkeitsbeschreibung der genannten Berufsgruppen. Kooperierende Soziotherapeuten und Ergotherapeuten werden über eine Verordnung entsprechender Leistungen, Team- und Abstimmungsgespräche einbezogen. Die Anstellung dieser Berufsgruppen bedeutet eine erheblich Engführung der Versorgung nach dieser Richtlinie, an der dann ausschließlich wenige, auf diese Leistungen spezialisierte Ärzt*innen und - Psychotherapeut*innen teilnehmen können. Das</p>

				gefährdet ein flächendeckendes niedrighschwelliges Versorgungsangebot.
6	3	GKV-SV	<p><b>Die Festlegung von Umfang und zu koordinierender Patientenzahl lehnen wir ab.</b></p> <p><i>„Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“</i></p>	<p>Begründung siehe oben: § 6 Abs.1 (GKV-SV/PatV) Durch dieses Modell würden Großpraxen entstehen, die ihre Ressourcen ausschließlich für diese Art der Versorgung einsetzen müssten. Eine wohnortnahe Versorgung in der Fläche wäre so nicht zu erreichen.</p>
7	1 (7.)	KBV/DKG	<p><b>Der Vorschlag, in Krisenfällen die vorhandenen Strukturen zu nutzen, ist zu begrüßen.</b></p> <p><i>„...Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder anderen geeigneten Kooperationspartnern erfolgen...“</i></p>	<p>Die Versorgung von insbesondere schwer erkrankten Patient*innen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie erfordert die Erreichbarkeit von qualifizierten Psychotherapeut*innen oder Fachärzt*innen in Krisensituationen. Diese wird regional unterschiedlich durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder andere kooperativ einzubeziehende Krisendienste gewährleistet. Psychiatrische und psychotherapeutische Praxen klären diese Erreichbarkeit auch in der ambulanten Regelversorgung mit ihren Patient*innen.</p>
7	1 (7.)	GKV-SV/PatV	<p><b>Die Einrichtung einer zusätzlichen Bereitschaft lehnen wir ab.</b></p> <p><i>„...eine [GKV-SV: 14-Stunden-Erreichbarkeit zwischen 8-22 Uhr] [PatV:24-Stunden-Erreichbarkeit] für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen mindestens in Form</i></p>	<p>Das zusätzliche Angebot einer Erreichbarkeit in Krisensituation stellt eine Doppelstruktur da und würde die Netzverbände/Behandlungsteams/ Bezugsärzt*innen und -psychotherapeut*innen erheblich belasten. Diese Erreichbarkeit ist in der ambulanten Regelversorgung bereits etabliert.</p>

			einer Rufbereitschaft besteht...“	
7	4	KBV/PatV	<p><b>Die Etablierung einer Netzbeauftragten/ eines Netzbeauftragten ist zu begrüßen.</b></p> <p>„Die Koordination des Netzverbundes erfolgt <del>[PatV: kann erfolgen]</del> durch eine Netzverbundbeauftragte oder einen Netzverbundbeauftragten. Diese oder dieser kann Mitglied des Netzverbundes sein. Sie oder er gewährleistet, dass die in dieser Richtlinie vorgeschriebenen Anforderungen an den Netzverbund vorliegen. Außerdem koordiniert sie oder er das therapeutische Angebot im Netzverbund abseits vom individuellen Behandlungsfall. [KBV: Eine entsprechende digitale Plattform wird durch die zuständige kassenärztliche Vereinigung zur Verfügung gestellt.]...“</p>	<p>Der Netzverbund ist durch eine Netzbeauftragte/einen Netzbeauftragten zu unterstützen. Dieser übernimmt die Behandlungsteam übergreifende Koordination des Netzes und stellt Angebote im Netz (z.B. Gruppenpsychotherapien), Netzstrukturen und Kooperationen (z.B. Netzwerktreffen, Qualitätszirkel) sicher. Die Behandlungsteams werden in den organisatorischen Aufgaben entlastet und durch die regionale Verbundarbeit ergänzt.</p>
8	2	KBV/DKG/PatV	<p><b>Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie: Unterstützung für den Vorschlag der KBV</b></p> <p>„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</p>	<p>Die Versorgung nach dieser Richtlinie beinhaltet einen niedrigschwelligen Zugang für Patient*innen mit einem komplexen Behandlungsbedarf. Die Überweisung in oder die Empfehlung für diese Versorgung ist durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu gewährleisten.</p> <p>Doppeluntersuchungen durch Fachgruppen die, wie im Vorschlag des GKV-SV dargestellt, zwar die Empfehlungskompetenz innehaben nicht aber</p>

			<p><i>komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ausgesprochen werden durch (KBV) alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.“</i></p>	<p>Netzmitglieder sind, verursachen weitere Kosten und stellen ein Hemmnis für Patient*innen dar.</p>
8	5	KBV/DKG/PatV	<p><b>Patient*innen benötigen einen direkten Zugang in die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Tagen.</b></p> <p><i>„Der Netzverbund hat für Patientinnen und Patienten mit einer Empfehlung KBV/DKG/PatV: oder Überweisung einen Zugang zur Eingangssprechstunde innerhalb von sieben Werktagen nach Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung sicherzustellen.“</i></p>	<p>Der Zugang in dieses Versorgungsangebot ist über eine Eingangssprechstunde zu gewährleisten. Zunächst findet hier eine Abklärung statt, die auch andere Maßnahmen zur Folge haben kann. In der weiteren differenzialdiagnostischen Abklärung erfolgt die Indikationsstellung und Entscheidung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie.</p> <p>Die Eingangssprechstunde ist innerhalb von sieben Tagen zur Verfügung zu stellen. Das entspricht einer zeitnahen Vermittlung durch die Terminservicestellen.</p>
9	1	KBV/PatV	<p><b>Eingangssprechstunde und Gesamtbehandlungsplan werden durch Bezugärztin/ Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin /Bezugspsychotherapeut auch erbracht bzw. erstellt.</b></p> <p><i>„[KBV: In der Eingangssprechstunde] [DKG/PatV: Im Rahmen des Assessments nach § 8 Abs. 6] erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und</i></p>	<p>Zur Sicherstellung eines flächendeckenden wohnortnahen Versorgungsangebotes nach dieser Richtlinie sind Psychologische Psychotherapeut*innen vollumfänglich zu beteiligen. Wie in der Regelversorgung führen sie die Eingangssprechstunde durch, erstellen den Gesamtbehandlungsplan und begleiten die Patientin/den Patienten als Bezugspsychotherapeut*innen. Der Gesetzgeber hat veranlasst, dass die Psychologischen Psychotherapeut*innen mit den</p>

			<p><i>Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach [KBV/DKG: § 3] [KBV: Absatz 1 Nummer 1 bis 5] <del>[DKG: Nummer 1 bis 3]</del> [PatV: § 5 Absatz 1]. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein [KBV: Gesamtbehandlungsplan] <del>[DKG/PatV: vorläufiger Behandlungsplan]</del> erstellt. Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugsarzt [KBV/PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] festgelegt. Die [KBV: Patienteninteressen] <del>[DKG/PatV: Wünsche der Patienten oder des Patienten]</del> sind zu berücksichtigen.“</i></p>	<p>notwendigen sozialrechtlichen Befugnissen der Verordnung der relevanten spezialtherapeutischen Angeboten ausgestattet werden und eine Einweisung in eine stationäre Versorgung veranlassen. Die somatische Abklärung veranlassen sie durch Überweisung.</p> <p>Nur durch eine entsprechende Beteiligung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut*innen kann ein bürokratiearmer Übergang der durch diese Fachgruppe versorgten Patient*innen erfolgen.</p>
9	7	KBV	<p><b>Aufsuchende Hilfe als expliziter Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie, koordiniert durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten ist ein unverzichtbarer Bestandteil des Versorgungsangebotes.</b></p> <p><i>„Patientinnen und Patienten können im Bedarfsfall eine aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld erhalten, um die Erreichung der Therapieziele</i></p>	<p>Die Gewährleistung einer Aufsuchenden Hilfe im Bedarfsfall der Versorgung nach dieser Richtlinie trägt erheblich dazu bei, (wiederholte) stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Krisenhafte Entwicklungen der Behandlung können durch aufsuchende Hilfe aufgefangen werden.</p> <p>Sie bedeutet eine erhebliche Sicherheit für strukturschwache Patient*innen.</p> <p>Die Motivation und Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben aber auch an den im Gesamtbehandlungsplan abgestimmten Terminen kann durch aufsuchende Hilfe unterstützt werden.</p>

		<p>sicherzustellen und die ambulante Behandlung zu ermöglichen.</p> <p><b>[KBV:</b> Dies kann insbesondere durch eine koordinierte Zusammenarbeit mit den jeweiligen gemeindepsychiatrischen Verbänden ermöglicht werden.</p> <p>Die aufsuchende multiprofessionelle Therapie kann durch alle Mitglieder des Netzverbundes erfolgen. Diese ist Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans 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"><li>3. Stärkung der Eigenkompetenz z. B. durch Psychoedukation und Adhärenz-Förderung etc.</li><li>2. Förderung von sozialen Fähigkeiten und Kontakten, z. B. durch soziales Kompetenztraining und Hilfeintegration,</li><li>3. Information und Einbezug des relevanten sozialen oder betreuenden Lebensumfeldes.</li></ol> <p>Voraussetzung für die Durchführung der multiprofessionellen Versorgung im Lebensumfeld ist die Eignung des Lebensumfeldes. Sofern Minderjährige im Lebensumfeld der</p>	
--	--	--	--

			<i>Patientin oder des Patienten leben, ist das Kindeswohl besonders zu berücksichtigen.“</i>	
<b>10</b>	<b>1</b>	<b>KBV</b>	<p><b>Gesamtbehandlungsplan wird durch Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt</b></p> <p><i>„Auf Basis der Differentialdiagnostik wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten – soweit berufsrechtlich oder vertragsarztrechtlich erforderlich unter Abstimmung mit einem Arzt unter Einbeziehung von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie von Bezugspersonen erstellt. Der Gesamtbehandlungsplan enthält insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie die Verordnung von Heilmitteln.“</i></p>	<p>Bezugspsychotherapeut*innen stellen aufgrund einer vorangegangenen Differenzialdiagnostik den individuellen Behandlungsplan in Abstimmung mit den Patient*innen.</p> <p>Sie verfügen über die Kompetenz die im Rahmen der Versorgung dieser Richtlinie notwendigen Maßnahmen in einem Gesamtbehandlungsplan zu erfassen, zu verordnen, zu koordinieren und zu überwachen.</p> <p>Der in der KV- Region Nordrhein praktizierte NPPV (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) des Innovationsfond, mit dem Ziel die Behandlung von Menschen mit psychischen oder neurologischen Erkrankungen zu verbessern, ist ein Beispiel für eine gelingende Versorgung unter maßgeblicher Beteiligung von Bezugspsychotherapeutinnen als gleichberechtigte Netzmitglieder.</p> <p>Die Einbeziehung somatischer Befunde in Indikationsstellung Behandlungsplanung und - Durchführung ist für diese Fachgruppe längst gelebte Praxis und über den Konsiliarbericht zu Beginn einer psychoth. Behandlung sozialrechtliche verankert.</p> <p>Auch die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer nennt die verpflichtende Einbeziehung relevanter somatischer Befunde durch Psychologische Psychotherapeut*innen.</p>

10	2	KBV/PatV	<p><b>Unterstützung des Vorschlages von KBV/PatV: Veränderungen des Gesamtbehandlungsplans sind mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten abzustimmen.</b></p> <p><i>„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/PatV: oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten] [GKV-SV/ PatV: nach Absatz 4] zu erfolgen.“</i></p>	<p>Bezugspsychotherapeut*innen übernehmen ebenso wie Ärzte/Ärztinnen die Erstellung des Gesamtbehandlungsplan und koordinieren die Umsetzung. Das ist nur möglich, wenn Änderungen fachlich begründet abgestimmt werden.</p>
----	---	----------	--	--



11		KBV/DKG	<p><b>Unterstützung der Position der KBV: Koordinationsaufgaben werden auch von Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten wahrgenommen.</b></p> <p><i>„Die Koordinationsaufgaben der Bezugärztin oder des Bezugarztes [KBV: oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten] nach § 6 umfassen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern</i></li> <li><i>2. die Überprüfung der Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans,</i></li> <li><i>3. die Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Patientin oder den Patienten,</i></li> <li><i>4. das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld, sofern erforderlich,</i></li> <li><i>5. das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen, sofern erforderlich,</i></li> </ol>	<p>Bezugspsychotherapeut*innen sind für die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie qualifiziert und zur Vermeidung von Brüchen in der Behandlung der Patient*innen zu beteiligen.</p>
----	--	---------	--	---

			<p>6. den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten, sofern erforderlich Motivation und das Hinwirken auf Termintreue.“</p>	
12	1	alle	<p><b>Ergänzung notwendig: Krankenhauspsychotherapeutinnen oder Krankenhauspsychotherapeuten sind zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs stationär-ambulant zu beteiligen.</b></p> <p><i>Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs</i></p> <p><i>„Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene unter Verantwortung der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes, der <b>Krankenhauspsychotherapeutin oder des Krankenhauspsychotherapeuten (eingefügt)</b> im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a</i></p>	<p>Psychologische Psychotherapeut*innen sind im SGB V für die Gewährleistung des Entlassmanagements zur Unterstützung einer Sektorenübergreifenden Versorgung vorgesehen- es gibt keinen sachlichen Grund diese Fachgruppe in dieser Richtlinie auszuschließen.</p> <p><b>§ 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V</b> Krankenhausbehandlung Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit <b>Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1</b> vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen.</p> <p><b>§ 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V</b> Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil.</p> <p><b>§ 72 Abs. 1 SGB V</b> Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften</p>

			<p><i>Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Kranker Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen. <del>[GKV-SV: Dabei ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau mittels des Instrumentes nach § 2 Absatz 3 zu erheben.]</del></i></p>	<p>dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, <b>Psychotherapeuten</b> und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.</p> <p><i>Die Feststellung deutlicher Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen erfolgt entsprechend § 2 Abs.3 dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 9 Abs.1 dieser Richtlinie. Insofern ist zu prüfen, in wieweit die Feststellung im Rahmen des Entlassmanagement entfallen kann.</i></p>
12	2	<b>KBV/PatV</b>	<p><b>Unterstützung der Position von KBV/PatV: Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sind im Entlassbrief über das Entlassmanagement zu informieren.</b></p> <p><i>„(KBV/DKG: Nimmt ein Krankenhaus (DKG: gemäß § 3 Absatz 2) an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil und liegen ihm Informationen vor), Alle: dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach</i></p>	<p>Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Psychologischen Psychotherapeut*innen die Befugnis erteilt, in ein Krankenhaus einzuweisen. Seit dem 7. Juni 2017 ist die neue Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft. Dieses beinhaltet auch Informationspflichten des Krankenhauses gegenüber den einweisenden Psychotherapeut*innen, die in dieser Richtlinie nicht ausgeschlossen werden können.</p>

			<p>Krankenhausbehandlung an die          Bezugsärztin oder den Bezugsarzt          (KBV/PatV: oder die          Bezugspsychotherapeutin oder den          Bezugspsychotherapeuten) (KBV: oder          an ein anderes vom Netzverbund          ausgewähltes Netzmitglied). (GKV-          SV/PatV: Die koordinierende Person          nach (GKV-SV: § 6) (PatV: § 10 Absatz          3) wird über den voraussichtlichen          Entlassungstag informiert.)“</p>	
12	5	PatV/KBV	<p><b>Die Formulierung der PatV wird          begrüßt:</b></p> <p><b>Bezugspsychotherapeutinnen und          Bezugspsychotherapeuten stellen          dem aufnehmenden Krankenhaus die          Informationen zur Weiterbehandlung          zur Verfügung.</b></p> <p><i>„Wird im Rahmen der Behandlung einer          Patientin oder eines Patienten in einem          Netzverbund gemäß dieser Richtlinie          ein teilstationärer, vollstationärer oder          stationsäquivalenter Behandlungsbedarf          im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V          festgestellt, sind dem aufnehmenden          Krankenhaus die erforderlichen          Informationen des bisherigen          Behandlungsverlaufes und der          Therapieziele durch die Bezugsärztin          oder den Bezugsarzt <b>[PatV]</b> oder die          Bezugspsychotherapeutin oder den</i></p>	

			<i>Bezugspsychotherapeuten] zur Verfügung zu stellen.“</i>	
<b>13</b>	<b>1</b>	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Unterstützung der Formulierung von KBV/DKG: Bezugsärztinnen und Bezugsärzte sowie Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten beurteilen Behandlungsfortschritt und führen die erforderliche Abstimmung im Behandlungsteam herbei.</b></p> <p><i>„Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung...“</i></p> <p><i>Eine Beurteilung des Behandlungsfortschritts und die Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele sind regelmäßig, mindestens jedoch quartalsweise, durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt [KBV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4] vorzunehmen. Sofern erforderlich sind die Therapieziele des Behandlungsplans anzupassen.“</i></p>	<p>Bezugsärzt*innen und Bezugspsychotherapeut*innen beurteilen letztverantwortlich den Behandlungsfortschritt und stimmen Änderungen im Gesamtbehandlungsplan hinsichtlich der Therapieziele ab.</p> <p>Der quartalsweise Bezug entspricht den zu erwartenden Behandlungsverläufen.</p>

13	2	KBV/DKG	<p><b>Bezugsärztinnen und Bezugsärzte sowie Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten überführen die Patientinnen/Patienten in die Regelversorgung. Hierzu wird ein Überleitungsplan zur Verfügung gestellt.</b></p> <p><i>„Sind die Therapieziele erreicht oder wird aus anderen Gründen die Versorgung Behandlung nach dieser Richtlinie beendet, soll die Patientin oder der Patient in 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</i></p>	<p>Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten sind in der Schnittstelle zum Übergang in die Regelversorgung zu beteiligen. Sie stimmen das Erreichen der Therapieziele ab erstellen einen Überleitungsplan und stimmen notwendige Folgetermine ab.</p>

			<i>Rezidivprophylaxe oder der Überführung in andere Versorgungsformen.“</i>	
<b>13</b>	<b>2</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>	<p><b>Ein erneutes Assessment nach bereits 6 Monaten, wie es GKV-SV und PatV vorschlagen, lehnen wir ab.</b></p> <p><i>„Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist ggf. anzupassen.“</i></p>	<p>Die wiederholte Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie alle 6 Monate greift zu kurz. Eine jährliche Überprüfung erachten wir als ausreichend.</p>
<b>13</b>	<b>3</b>	<b>KBV/DKG</b>	<p><b>Abweichend schlagen wir vor, dass bei Überschreiten der Behandlungsdauer von einem Jahr innerhalb dieser Richtlinien, das erneute Assessment von der Bezugärztin, dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin, dem Bezugspsychotherapeuten durchgeführt wird.</b></p> <p><i>„Bei einer Behandlungsdauer im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie von länger als einem Jahr ist ein Assessment <del>[KBV: nach § 2]</del> durch die <b>Bezugärztin/den Bezugsarzt oder die Bezugpsychotherapeutin/den Bezugspsychotherapeuten</b> <del>einen weiteren Leistungserbringer nach § 3</del>“</i></p>	<p>Die Wiederholung des Eingangsassessment bei einer Überschreitung der Behandlungsdauer von einem Jahr bei den in dieser Richtlinie adressierten Patient*innen stellen eine erhebliche Belastung für die teilnehmenden Patient*innen dar.</p> <p>Die Hinzuziehung weiterer Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus dem jeweiligen Netz in das Assessment halten wir für nicht zumutbar.</p> <p>PatientInnen können so davon abgehalten werden, eine Behandlung in dieser Versorgungsform überhaupt erst aufzunehmen.</p> <p>Wir schlagen vor, dass das Assessment durch die/den Bezugärztin/Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin/ Bezugspsychotherapeuten durchgeführt wird.</p>

			<p><i>Abs. 1, <del>[KBV: Nr. 1 – 5]</del> <del>[DKG: Nr. 1–3]</del> aus dem Netzverbund, <del>[KBV: der nicht Teil des Behandlungsteams ist]</del> <del>[DKG: bisher nicht an der Behandlung beteiligt war]</del>, durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit <del>[KBV: dem Behandlungsteam]</del> <del>[DKG: den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen]</del> zu bewerten.“</i></p>	<p>In diesem Assessment können die Diagnostischen Instrumente entsprechend des Eingangsassessment eingesetzt werden.</p>
<b>Anlage</b>		<b>KBV</b>	<p><b>Die in der Anlage 1 der Richtlinie vorgeschlagenen Leistungsmodul der KBV werden unterstützt.</b></p>	<p>Die Leistungsmodul umfassen den Leistungskatalog nach dieser Richtlinie.</p>



Dr. Enno E. Maaß  
stellv. Bundesvorsitzender der DPtV



## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V. (DPtV)		
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"/>

## Stellungnahme des Deutschen Fachverbandes zur Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

### Vorbemerkung:

Der Deutsche Fachverband für Verhaltenstherapie begrüßt, dass mit der Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranker Patient\*innen die Versorgung dieser Patientengruppe verbessert werden soll. Durch die Kooperation verschiedener beteiligter Berufsgruppen und die Abbildung des bei dieser Patientengruppe häufig hohen Koordinierungsaufwands sehen wir eine Chance, dass die Angebote besser am Bedarf der Patient\*innen orientiert werden können und für die beteiligten Berufsgruppen Anreize geschaffen werden, sich in der Versorgung dieser Patient\*innen noch mehr zu engagieren.

Wir nehmen im Folgenden zu einzelnen Punkten der Richtlinie Stellung:

### Zu §2 (1):

Wir befürworten hier die von KBV/DKG und PatV eingebrachte Formulierung. Insbesondere lehnen wir den Formulierungsvorschlag des GKV-SV ab, dass eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit Voraussetzung für die Behandlung nach der Richtlinie sein soll. Schwere psychische Störungen sind häufig dadurch gekennzeichnet, dass die Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Wenn es das Ziel der Richtlinie ist, gerade diesen Patienten den Zugang zur ambulanten Versorgung zu erleichtern, dann würde dies dadurch konterkariert, dass man die Mitwirkungsfähigkeit als Voraussetzung zur Teilnahme vorschreibt. Ziel der vernetzten Versorgung sollte es sein auch Patient\*innen mit eingeschränkter Mitwirkungsfähigkeit zu erreichen, ihnen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern und die Mitwirkungsfähigkeit im Rahmen der Behandlung herzustellen bzw. zu verbessern.

### Zu §2 (2)

Wir sprechen uns dafür aus, grundsätzlich alle psychischen Störungen (ICD-10 F00-F99) bei der Definition der Patientengruppe zu berücksichtigen. Zwar sind bei einigen psychischen Störungen (z.B. ICD-10 F20-29) schwere Verläufe mit komplexem Behandlungsbedarf deutlich wahrscheinlicher als bei anderen Störungen, aber der

Schweregrad und die Komplexität des Behandlungsbedarfs lässt sich häufig nicht an der Diagnose festmachen. Auch wenn es weniger wahrscheinlich ist, können bei vermeintlich leichteren Störungen, wie z.B. einer Agoraphobie mit Panikstörung, sehr schwere Verläufe vorkommen, die ggf. eine koordinierte ambulante Behandlung erfordern.

### **Zu §2 (3)**

Wir sprechen uns hier gegen die einseitige Vorgabe einer einzigen Fremdbeurteilungsskala (GAF) zur Erfassung und Beschreibung des Schweregrades aus. Es sollten deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen. Dies sollten durch das klinische Urteil des/der Bezugstherapeut\*in festgestellt werden. Dabei sollen standardisierte Fremdeinschätzungsinstrumente (z.B. GAF-Rating oder Mini-ICF-APP) Verwendung finden. Da kein spezifisches Instrument vorgeschrieben werden sollte, kann hier auch kein einheitlicher Mindestwert angegeben werden.

### **Zu §3 (1)**

Wir befürworten die Hinzunahme der Fachärzt\*innen für Neurologie zur Liste der teilnehmenden Leistungserbringer\*innen entsprechend des Vorschlags von KBV und PatV.

Dies erscheint sinnvoll, da in der anvisierten Patientengruppe nicht selten vorkommende neurologische Differentialdiagnosen oder komorbide Erkrankungen abgeklärt und ggf. mitbehandelt werden sollten. Zudem wäre bei einer koordinierten Behandlung von organisch bedingten psychischen Störungen durch neuropsychologisch qualifizierte Psychotherapeut\*innen im Netzwerk eine Einbeziehung von Neurolog\*innen äußerst sinnvoll. Dementsprechend sollten Neurolog\*innen als teilnehmende Leistungserbringer nicht andere Facharztgruppen wie z.B. Fachärzt\*innen für Psychiatrie ersetzen, sondern das Angebot mit ihrer spezifischen neurologischen Qualifikation sinnvoll ergänzen.

### **Zu §3 (2) und (3)**

Wir schließen uns hier der Position der KBV und DKG an. Krankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Einrichten für Erwachsene sollten als Kooperationspartner Teil des Netzwerkes sein. Eine Teilnahme der psychiatrischen Institutsambulanzen an der koordinierten Versorgung, in dem Sinne, dass dortiges Fachpersonal die Rolle der Koordinierung oder als Bezugstherapeut oder übernimmt lehnen wir ab.

Die psychiatrischen Institutsambulanzen und die Krankenhäuser haben einen spezifischen Versorgungsauftrag, der von der koordinierten Versorgung nach dieser





Deutscher Fachverband für  
Verhaltenstherapie e.V.

Richtlinie abzugrenzen ist. Wir verstehen den Auftrag der Richtlinie so, dass gerade aus dem ambulanten Behandlungssektor heraus, der Gruppe der schwerkranken Patient\*innen ein vernetztes und koordiniertes Behandlungsangebot gemacht werden soll, dass diesen Patientinnen den Zugang zur ambulanten Behandlung erleichtert und stationären Behandlungen vorbeugt bzw. diese vermeidet. In diesem Sinne erscheint es uns nicht zielführend die psychiatrischen Institutsambulanzen mit ihrem besonderen Versorgungsauftrag in dieser Richtlinie den ambulanten Leistungserbringern gleichzustellen.

### **Zu §3 (3)**

Weiterhin sprechen wir uns dafür aus, dass in §3 als zugelassene Leistungserbringer die Hochschulambulanzen (SGB V § 117 (2)), die Ausbildungsambulanzen (SGB V §117 (3)) und die Weiterbildungsambulanzen (SGB V §117 (3b)) für Psychotherapie hinzugefügt werden.

Die genannten psychotherapeutischen Ambulanzen sind in ihrem Aufgaben- und Leistungsspektrum mit Psychologischen Psychotherapeut\*innen in der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar. Es erscheint insbesondere auch angezeigt die genannten Ambulanzen einzubeziehen, weil die in diesen Ambulanzen ihre Ausbildung und zukünftig ihre Weiterbildung absolvierenden Psychotherapeut\*innen auch auf die Aufgaben der koordinierten Versorgung von schwerkranken Patientinnen vorbereitet werden sollten, die sie nach Abschluss ihrer aus- bzw. Weiterbildung auch in der ambulanten Versorgung übernehmen sollen.

### **Zu §4 (3)**

Bzgl. der Mindestgröße des Netzverbundes halten wir eine Orientierung an den Positionen von DKG und PatV mit den Vorschlägen von je 5-6 Facharzt\*innen für Psychiatrie und 5-6 ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeut\*innen für zielführend.

Der Vorschlag vom GKV-SV mit nur mindestens einer/einem Facharzt\*in für Psychiatrie und einer/einem Psychologischen Psychotherapeut\*in erscheint uns nicht dem Grundgedanken eines professionellen Netzwerkes zu entsprechen, in dem Patientinnen je nach Behandlungsbedarf, Behandlungskapazitäten und besonderen Kompetenzen der Leistungserbringer flexibel an unterschiedliche Leistungserbringer im Netzwerk überwiesen werden können. Das andere Extrem stellt der Vorschlag der KBV dar. Ein Netzwerk mit mindestens 15 Psychiater\*innen und 15 Psychotherapeut\*innen dürfte insbesondere in ländlichen Regionen nur schwer zu bilden sein, da nicht genügend Leistungserbringer zur Verfügung ständen. Oder das Netzwerk müsste in der Fläche sehr weit ausgedehnt sein, was wiederum die Kooperation und Koordination des Netzwerkes und die Zugänglichkeit von spezifischen Leistungserbringern im Netzwerk für Patient\*innen erschweren dürfte.

Bzgl. der Einbindung weiterer Leistungserbringer neben den Fachärztinnen und Psychologischen Psychotherapeutinnen schließen wir uns der Position von KBV und DKG an, dass diese über Kooperationsverträge in das Netzwerk einzubinden sind. ???

### **Zu §5 (19)**

Wir sprechen uns an dieser Stelle ausdrücklich für die Position der KBV aus, dass Psychologische Psychotherapeut\*innen die Funktion der Bezugstherapeut\*in im Netzwerk übernehmen können.

Psychologische Psychotherapeut\*innen sind in der ambulanten Patientenversorgung im Wesentlichen anderen Fachärzt\*innen gleichgestellt. Sie sind durch ihre Approbation und Fachkunde zur eigenverantwortlichen Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen befähigt und berechtigt. Dies schließt insbesondere auch die Erstellung von Behandlungsplänen ein. Durch die Erteilung der Befugnisse zur Verordnung von Soziotherapie, medizinischer Rehabilitation, Ergotherapie, psychiatrischer Krankenpflege und Krankenhausbehandlung für Psychologische Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen, hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er die Aufgaben dieser Berufsgruppe nicht nur in der psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne sieht, sondern auch in der Veranlassung weiterer ergänzender und begleitender Maßnahmen. Damit sind die Psychologischen Psychotherapeut\*innen für die Bezugstherapeutenrolle sehr gut qualifiziert. Zudem haben Psychotherapeut\*innen aufgrund ihres im Vergleich zu Psychiatern\*innen höherfrequenten Patientenkontaktes eine größere Konstanz und bessere Anbindung in der Beziehung zu den Patient\*innen und bekommen so Veränderungen in der Symptomatik oder im Bedarf schneller und besser mit.

Dass Psychologische Psychotherapeut\*innen nicht über die Kompetenz zur Verordnung von Medikamenten verfügen, spricht nicht gegen die Ausübung der Rolle als Bezugstherapeut\*in. Die Verantwortung für die medikamentöse Behandlung verbleibt bei den dazu qualifizierten Fachärzt\*innen im Netzwerk, auch wenn diese selbst nicht Bezugstherapeut\*in der jeweiligen Patient\*in sind.

Zudem stehen in der vertragsärztlichen Versorgung deutlich weniger Fachärzt\*innen für Psychiatrie, Nervenheilkunde und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung als Psychologische Psychotherapeut\*innen (8574 vs 21.848 Quelle: KBV: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Stand 2019). Somit würde der Kreis an potentiellen Bezugstherapeut\*Innen sehr stark eingegrenzt. Dies hätte zur Folge, dass einzelne Fachärzt\*innen für zuviele Patient\*innen die Rolle als Bezugstherapeut\*in übernehmen müssten, worunter die zeitlichen Kapazitäten und die Qualität der Betreuung der einzelnen Patient\*innen als Bezugstherapeut\*in letztlich leiden würde.

### **Zu §6**

Bezüglich der Koordination der Behandlung unterstützen wir die Position von KBV und DKG, dass die Koordinierung durch die Bezugstherapeut\*in erfolgen sollte und ggf. an andere beteiligte Berufsgruppen übertragen werden kann.

Wir befürchten hier eine uneindeutige Einteilung von Aufgaben und Kompetenzen, wenn die Rolle der Koordinierung durch eine andere Person bzw. Berufsgruppe als die der Bezugstherapeut\*innen erfolgen sollte. Die Koordination der Behandlung hängt eng mit dem Behandlungsplan zusammen, der in der Verantwortung der Bezugstherapeut\*in liegt. Daher sollten diese Aufgaben nicht getrennt werden.

### **Zu §9 (7)**

Wir befürworten ausdrücklich den Einbezug von aufsuchender multiprofessioneller Behandlung durch den Netzverbund in die Richtlinie. Dies ermöglicht die Weiterbehandlung von Patient\*innen im Netzverbund und beugt einer stationären Behandlung vor, wenn Patient\*innen nicht durchgehend in der Lage sind die ambulanten Behandlungsangebote des Netzverbundes aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen. Somit entspricht dieser Aspekt in besonderem Maße dem Ziel der Richtlinie.



Walter Ströhm  
1. Vorsitzender

Münster 26.01.2021



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

<b>Bundesverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland (BVSD)</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				
<i>Bitte geben Sie immer den jeweiligen Paragraphen an.</i>	<i>Bitte nutzen Sie für jeden Absatz eine eigene Tabellenzeile.</i>	<i>Bitte geben Sie jeweils an, von wem die Position vertreten wird, zu der Sie Stellung nehmen.</i>	<i>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu.</i>	<i>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</i>
<b>2</b>	<b>2</b>	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Die Einbeziehung der psychischen Erkrankungen aus dem Kapitel V. (F00 bis F99) des ICD-10-GM wird unterstützt.</b>	Ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf kann sich über <i>alle Indikationen</i> des F-Kapitels ergeben und sollte interdisziplinäre Behandlungsangebote beinhalten. Für unseren Fachbereich insbesondere die Diagnosen unter dem Kapitel F 45: somatoforme Störungen. An dieser Stelle sind chronisch Schmerzranke Patient*innen besonders hervorzuheben, bei denen der Anteil schwer psychisch beeinträchtigter Patient*innen nicht unerheblich ist. Ein Ausschluss dieser Patient*Innen von einer sinnvollen, multiprofessionellen Behandlung in Wohnortnähe käme einer Diskriminierung dieser Patientengruppe gleich.

3	1 (5.)	KBV/PatV	Die Einbeziehung der Fachärzt*innen für Neurologie in die Gruppe der zur Teilnahme Berechtigten wird begrüßt.	Darüber hinaus ist es im Bereich der Behandlung chronischer Schmerzen unabdingbar, die fachliche Expertise spezieller Schmerztherapeut*Innen (Medizin, überwiegend Anästhesist*Innen mit Zusatzqualifikation, Teilnehmer*Innen an der QSV Schmerztherapie) sowie spezieller Schmerzpsychotherapeut*Innen in die Netzstruktur der Versorgungsform. Dies sollte an geeigneter Stelle explizit im Gesetzestext erwähnt sein, sofern auch chronisch Schmerzkranken die Möglichkeit der Teilhabe an der geplanten Versorgungsform ermöglicht werden sollten.
4	3	KBV	Wir begrüßen die vorgeschlagene Struktur, Zusammensetzung und Mindestgrößen eines Netzverbundes.	Ergänzend schlagen wir explizit für die Behandlung chronisch Schmerzkranker Patient*Innen die Einbeziehung spezieller Schmerztherapeut*Innen auf medizinischer Seite (Teilnehmer*Innen an der QSV Schmerztherapie) sowie spezieller Schmerzpsychotherapeut*Innen in den Netzverbund auf, um eine adäquate Behandlung dieser Patientengruppe zu gewährleisten (s.a. Anmerkungen zu §3 (1))
4	4	KBV/DKG	Die Voraussetzungen der KBV für die Bildung eines Netzverbundes werden begrüßt.	Für den Bereich der Behandlung chronischer Schmerzerkrankungen schlagen wir darüber hinaus vor, dass auch Krankenhäuser bzw. Tageskliniken mit einem multimodalen schmerztherapeutischen Setting an dem Netzverbund teilnehmen sollten. Da die Schmerztherapie keine eigene Fachrichtung darstellt (und somit weder im ambulanten noch im stationären Bereich bedarfsplanerisch erfasst ist) kann sich die Auswahl geeigneter Einrichtungen an deren Durchführung der OPS-Codes 8-918 (stationär) und 8-91c (teilstationär) orientieren. Eine Komplexbehandlung chronisch Schmerzkranker ohne die Expertise der speziellen Schmerztherapie (Medizin) sowie



				der speziellen Schmerzpsychotherapie (PT) ist grundsätzlich nicht vorstellbar aufgrund der Komplexität chronischer Schmerzen.
<b>5</b>	<b>1</b>	<b>KBV</b>	<b>Wir begrüßen, dass Bezugärztinnen oder Bezugärzte oder Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten die zentralen Ansprechpartner und Koordinatoren bei der Versorgung nach dieser Richtlinie sind. Die Begrenzung auf die Fachgruppen Psychiater, Nervenärzte und Psychosomatiker, wie es der GKV-SV vorschlägt, greift hingegen zu kurz.</b>	Unter Verweis auf die Anmerkungen zu §4(4) schlagen wir vor, dass auch spezielle Schmerztherapeut*Innen (ärztlich) sowie spezielle Schmerzpsychotherapeut*Innen grundsätzlich als Bezugstherapeut*Innen und somit zentrale Ansprechpartner und Koordinatoren dieser Versorgung in den Netzverbund integriert werden können.
<b>11</b>		<b>KBV/DKG</b>	<b>Koordinationsaufgaben werden auch von Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten wahrgenommen.</b>	Für den Bereich der Behandlung chronisch Schmerzkranker s. a. die Anmerkungen zu §5 (1).
<b>12</b>	<b>5</b>	<b>PatV/KBV</b>	<b>Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten stellen dem aufnehmenden Krankenhaus die Informationen zur Weiterbehandlung zur Verfügung.</b>	Für den Bereich chronisch Schmerzkranker der Verweis auf die Anmerkungen zu den § 4(4) und § 5 (1).
<b>13</b>	<b>2</b>	<b>KBV/DKG</b>	<b>Bezugärztinnen und Bezugärzte sowie Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten überführen</b>	Für den Bereich chronisch Schmerzkranker schlagen wir vor, dass ein multidisziplinäres Assessment vor der Überleitung in die Regelversorgung durchgeführt wird. Hierbei sind die

		<p><b>die Patientinnen/Patienten in die Regelversorgung. Hierzu wird ein Überleitungsplan zur Verfügung gestellt.</b></p> <p><b>Abweichend schlagen wir vor, bei Überschreiten der Behandlungsdauer von einem Jahr innerhalb dieser Richtlinien, dass das erneute Assessment von einer Vertragsärztin/ einem Vertragsarzt oder einer Vertragspsychotherapeutin/ einem Vertragspsychotherapeuten durchgeführt wird, die/der Mitglied des patientenindividuellen Behandlungsteams ist.</b></p>	<p>entsprechenden Mitglieder*Innen des Netzverbundes einzubinden, ausgehend von der Überlegung, dass Bezugst*Innen bzw. Bezugspsychotherapeut*Innen wie unter §3 (1) weiter oben eine spezielle schmerztherapeutische bzw. schmerzpsychotherapeutische Qualifikation aufweisen.</p>
--	--	--	---

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

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"/>

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

<i>Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und Forschung (DGPSF)</i>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				
<i>Bitte geben Sie immer den jeweiligen Paragraphen an.</i>	<i>Bitte nutzen Sie für jeden Absatz eine eigene Tabellenzeile.</i>	<i>Bitte geben Sie jeweils an, von wem die Position vertreten wird, zu der Sie Stellung nehmen.</i>	<i>Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu.</i>	<i>Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.</i>
<b>2</b>	<b>2</b>	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Die Einbeziehung der psychischen Erkrankungen aus dem Kapitel V. (F00 bis F99) des ICD-10-GM wird unterstützt.</b>	Ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf kann sich über <i>alle Indikationen</i> des F- Kapitels ergeben und sollte interdisziplinäre Behandlungsangebote beinhalten. Für unseren Fachbereich insbesondere die Diagnosen unter dem Kapitel F 45: somatoforme Störungen. An dieser Stelle sind chronisch Schmerzkranken Patient*innen besonders hervorzuheben, bei denen der Anteil schwer psychisch beeinträchtigter Patient*innen nicht unerheblich ist. Ein Ausschluss dieser Patient*Innen von einer sinnvollen, multiprofessionellen Behandlung in Wohnortnähe käme einer Diskriminierung dieser Patientengruppe gleich.

3	1 (5.)	KBV/PatV	Die Einbeziehung der Fachärzt*innen für Neurologie in die Gruppe der zur Teilnahme Berechtigten wird begrüßt.	Darüber hinaus ist es im Bereich der Behandlung chronischer Schmerzen unabdingbar, die fachliche Expertise spezieller Schmerztherapeut*Innen (Medizin, überwiegend Anästhesist*Innen mit Zusatzqualifikation, Teilnehmer*Innen an der QSV Schmerztherapie) sowie spezieller Schmerzpsychotherapeut*Innen in die Netzstruktur der Versorgungsform. Dies sollte an geeigneter Stelle explizit im Gesetzestext erwähnt sein, sofern auch chronisch Schmerzkranken die Möglichkeit der Teilhabe an der geplanten Versorgungsform ermöglicht werden sollten.
4	3	KBV	Wir begrüßen die vorgeschlagene Struktur, Zusammensetzung und Mindestgrößen eines Netzverbundes.	Ergänzend schlagen wir explizit für die Behandlung chronisch Schmerzkranker Patient*Innen die Einbeziehung spezieller Schmerztherapeut*Innen auf medizinischer Seite (Teilnehmer*Innen an der QSV Schmerztherapie) sowie spezieller Schmerzpsychotherapeut*Innen in den Netzverbund auf, um eine adäquate Behandlung dieser Patientengruppe zu gewährleisten (s.a. Anmerkungen zu §3 (1))
4	4	KBV/DKG	Die Voraussetzungen der KBV für die Bildung eines Netzverbundes werden begrüßt.	Für den Bereich der Behandlung chronischer Schmerzerkrankungen schlagen wir darüber hinaus vor, dass auch Krankenhäuser bzw. Tageskliniken mit einem multimodalen schmerztherapeutischen Setting an dem Netzverbund teilnehmen sollten. Da die Schmerztherapie keine eigene Fachrichtung darstellt (und somit weder im ambulanten noch im stationären Bereich bedarfsplanerisch erfasst ist) kann sich die Auswahl geeigneter Einrichtungen an deren Durchführung der OPS-Codes 8-918 (stationär) und 8-91c (teilstationär) orientieren. Eine Komplexbehandlung chronisch

				Schmerzkranker ohne die Expertise der speziellen Schmerztherapie (Medizin) sowie der speziellen Schmerzpsychotherapie (PT) ist grundsätzlich nicht vorstellbar aufgrund der Komplexität chronischer Schmerzen.
<b>5</b>	<b>1</b>	<i>KBV</i>	<b>Wir begrüßen, dass Bezugärztinnen oder Bezugärzte oder Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten die zentralen Ansprechpartner und Koordinatoren bei der Versorgung nach dieser Richtlinie sind. Die Begrenzung auf die Fachgruppen Psychiater, Nervenärzte und Psychosomatiker, wie es der GKV- SV vorschlägt, greift hingegen zu kurz.</b>	Unter Verweis auf die Anmerkungen zu §4(4) schlagen wir vor, dass auch spezielle Schmerztherapeut*Innen (ärztlich) sowie spezielle Schmerzpsychotherapeut*Innen grundsätzlich als Bezugstherapeut*Innen und somit zentrale Ansprechpartner und Koordinatoren dieser Versorgung in den Netzverbund integriert werden können.
<b>11</b>		<i>KBV/DKG</i>	<b>Koordinationsaufgaben werden auch von Bezugspsychothera- peutinnen und Bezugspsychotherapeuten wahrgenommen.</b>	Für den Bereich der Behandlung chronisch Schmerzkranker s. a. die Anmerkungen zu §5 (1).
<b>12</b>	<b>5</b>	<i>PatV/KBV</i>	<b>Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten stellen dem aufnehmenden Krankenhaus die Informationen zur Weiterbehandlung zur Verfügung.</b>	Für den Bereich chronisch Schmerzkranker der Verweis auf die Anmerkungen zu den § 4(4) und § 5 (1).

13	2	KBV/DKG	<p><b>Bezugsärztinnen und Bezugsärzte sowie Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten überführen die Patientinnen/Patienten in die Regelversorgung. Hierzu wird ein Überleitungsplan zur Verfügung gestellt.</b></p> <p><b>Abweichend schlagen wir vor, bei Überschreiten der Behandlungsdauer von einem Jahr innerhalb dieser Richtlinien, dass das erneute Assessment von einer Vertragsärztin/ einem Vertragsarzt oder einer Vertragspsychotherapeutin/ einem Vertragspsychotherapeuten durchgeführt wird, die/der Mitglied des patientenindividuellen Behandlungsteams ist.</b></p>	<p>Für den Bereich chronisch Schmerzkranker schlagen wir vor, dass ein multidisziplinäres Assessment vor der Überleitung in die Regelversorgung durchgeführt wird. Hierbei sind die entsprechenden Mitglieder*Innen des Netzverbundes einzubinden, ausgehend von der Überlegung, dass Bezugsarzt*Innen bzw. Bezugspsychotherapeut*Innen wie unter §3 (1) weiter oben eine spezielle schmerztherapeutische bzw. schmerzpsychotherapeutische Qualifikation aufweisen.</p>
----	---	---------	--	---

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

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"/>



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

<b>Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)</b>				
<b>02.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
1	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung:</b> „...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können <b>sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf</b> haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme.
1	2.1	<b>GKV-SV/DKG</b>	<b>Zustimmung zu „bundesweit“</b>	Für eine <b>bundesländerübergreifende Versorgung</b> in landesgrenznahen Bereichen.
1	3.2		<b>Ergänzung des Satzes:</b> „...Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs, ...“ Durch „... <b>diagnostische und differentialdiagnostische Aspekte müssen eingehend und im Behandlungsverlauf evaluiert werden und zwingend mit einer Behandlungsplanung verknüpft sein</b> “	Ziel ist die zeitnahe Versorgung der Patienten. Dafür <b>müssen diagnostische Aspekte in eine Behandlungsplanung und -durchführung münden</b> und können nicht getrennt betrachtet werden. Hierzu gehören auch somatische Erkrankungen.
2	1	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Ausführung:	Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können <b>sowohl einen psychiatrischen, als auch einen</b>

			„...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, <b>psychosomatischen</b> und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“	<b>psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf</b> haben. Oft gibt es Überschneidungen. <b>Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme.</b>
2	2	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Formulierung:  „Es liegt eine psychische <b>Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99)</b> des ICD-10-GM vor.“	Die Nennung einzelner Diagnosen erübrigt sich, da eine <b>Diagnose allein grundsätzlich keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf</b> und die Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen gibt.  Insbesondere kann bei Patienten mit komorbiden somatischen Diagnosen der Behandlungsbedarf nicht aus einer einzelnen Erkrankung aus dem V. Kapitel geschlossen werden. Gerade bei Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen ist aber eine multidisziplinäre Behandlung indiziert.
2	3	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG	Der GAF-Wert bildet das psychosoziale Funktionsniveau nicht ausreichend ab. Die Anwendung des Mini-ICF sollte bindend erfolgen.
3	1	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG/PatV	Da in der Folge Facharztbezeichnungen aufgeführt werden, ist die Reihenfolge der Nennung hier logischer.
3	3	<b>GKV-SV</b>	<b>Zustimmung</b> zum Vorschlag	
3	5	<b>KBV/GKV-SV/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Streichung	In der Richtlinie wird nicht die Regelversorgung, sondern die koordinierte Versorgung mit den

				Mitteln der Regelversorgung beschrieben. Die berufsrechtliche Regelung bleibt unbenommen.
4	1	<b>KBV und KBV/DKG</b>	<p><b>Zustimmung</b> zu den Formulierungen:  „...ist die Bildung eines wohnortnahen, berufsübergreifenden Netzverbundes mit Kooperationspartnern.“</p> <p>„...gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen, <b>psychosomatischen</b> oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</p>	<p>Diese Formulierung hat die bessere Präzision.</p> <p>Ergänzung des Begriffs „psychosomatischen“  Siehe Begründung zu § 1 Absatz (2) Satz 1</p>
4	2	<b>KBV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zur KBV-Position - der Absatz soll lauten:  „(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem regionalen Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten in einem patientenindividuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“</p>	<p>Diese Formulierung bietet den größtmöglichen <b>Praxisbezug</b>.</p>
4	3	<b>KBV</b>	<p><b>Zustimmung</b> zum Vorschlag der KBV</p>	<p>Ein funktionierendes Versorgungsnetz muss eine kritische Größe haben, um die notwendige Vielfalt an Versorgung und „Spezialisierung“ in einer Region abbilden zu können.</p>

4	5.2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Formulierung: „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen.“	Diese <b>Formulierung ist dann kongruent zu § 3 Absatz (4) Satz 3</b>
4	8	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zu „keine Übernahme“	Es soll im Rahmen der Richtlinie <b>so bürokratiearm wie möglich</b> gearbeitet werden können.
5	1	<b>DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der DKG	
5	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV	Die weitere Behandlung hängt häufig von dem die Eingangssprechstunde durchführenden Arzt bzw. Therapeuten ab.
5	4	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG Ergänzung „Bezugstherapeutin/ Bezugstherapeut“	In dieser Formulierung wird die Regelung bereits klar beschrieben. Die Beschreibung der Aufgaben im Versorgungsnetz ist in §7 geregelt.
5	5	<b>KBV/PatV</b>	<b>Aufnahme der Formulierung:</b> ...“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt...	Siehe frühere Begründungen
6	1.2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position der KBV/DKG: keine Übernahme	
6	2	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> der KBV-Position Formulierungs-Vorschlag  Der Absatz sollte lauten:  „Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten	Es ist nicht sinnvoll, nur Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie Pflegefachpersonen zuzulassen, die bereits einen Vertrag abgeschlossen haben.

			<p>kann an folgende Berufsgruppen erfolgen: Diese sollten über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Fachangestellte,</li> <li>2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>3. Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen,</li> <li>4. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß 132a Absatz 4 SGB V erbringen</li> </ol>	
6	2	<b>GKV-SV/PatV</b>	<p><b>Dieser Vorschlag wird unterstützt:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</li> <li>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,</li> <li>7. Pflegefachpersonen,</li> <li>8. Psychologinnen und Psychologen</li> </ol>	
8	2	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligte müssen eine Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können.

8	3	<b>KBV</b>	<b>Zustimmung</b> zur KBV-Position	
8	4	<b>GKV-SV/PatV</b>	<b>Ablehnung</b> dieser Position wird abgelehnt, deshalb „keine Übernahme“ <b>Änderungsvorschlag:</b> „Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.“	
9	3	<b>KBV/DKG/PatV</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von KBV, DKG und PatV Ablehnung der Position des GKV-SV	Die Prüfung der Hilfen für andere Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten ist sinnvoll, da es z. B. auch pflegebedürftige oder schwerkranke erwachsene Angehörige geben kann.
10	3	<b>GKV-SV/KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung</b> zur Position von GKV-SV, KBV und DKG  <b>Ablehnung</b> der Position der PatV	Bei der Nennung der weiteren Maßnahmen zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um notwendige Ergänzungen, um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen. Insbesondere bei Patienten mit somatischer Komorbidität (z.B. Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen).
13	1	<b>KBV/DKG</b>	<b>Zustimmung zur Position von KBV/DKG einschließlich Einfügung</b> „oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten und sofern erforderlich in Abstimmung mit dem	<b>Die quartalsweise Überprüfung des Behandlungserfolgs ist praktikabel und sinnvoll.</b>

			patientenindividuellen Behandlungsteam nach § 4 vorzunehmen.“	
--	--	--	---	--

**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021**

<b>Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie (IGPS)</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>

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

<b>Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen e.V.</b>				
<b>26. Januar 2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				
1	2	KBV/DKG/PatV	Zustimmung Einfügung: psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen	Schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten bedürfen interdisziplinärer multimodaler Behandlung. Die Konkretisierung unterstützt das Ziel dieser Richtlinie schwer psychisch erkrankten PatientInnen eine solche Behandlung zu ermöglichen. Insbesondere psychosomatische Krankheitsbilder, die unter diese Richtlinie fallen, wie z.B. die Essstörung oder schwere somatoforme Störungen, sollten multimodal behandelt werden.
1	2.1	KBV/DKG/PatV	Zustimmung Einfügung: und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnnah Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen	Gerade schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten haben aufgrund ihrer psychosozialen Defizite Schwierigkeiten die bestehenden Angebote in Anspruch zu nehmen. Daher müssen diese leicht erreichbar sein. Durch Wohnortnähe ist die oft schwierige soziale Integration leichter möglich.



2	1	KBV/DKG/PatV	Zustimmung zu gesamtem Absatz mit Einfügung [KBV/DKG: psychosomatischer]	Der Zugang zur Behandlung nach dieser RiLi sollte möglichst niedrigschwellig sein.
2	2	KBV/DKG/PatV	Wir sprechen uns gemeinsam mit der DGPM für folgende Definition aus: „Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem 5. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM vor.“	Die Behandlung von F0-Diagnosen würde zu hohe Anforderungen an die mit dieser Richtlinie eingeschlossenen Strukturen stellen. Ansonsten sollten Diagnosen kein Eingangskriterium sein, sondern das psychosoziale Funktionsniveau und der komplexe Behandlungsbedarf. Diese Faktoren sind maßgeblich für die Bestimmung der benötigten Behandlungsstruktur (einschließlich des Koordinierungsbedarfs).
2	3	PatV	Zustimmung zu: Deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen liegen vor, wenn das psychosoziale Funktionsniveau gemäß GAF-Wert $\leq 50$ klassifiziert wird.	Erst ab einem GAF-Wert $\leq 50$ liegt ein so erhebliche psychosoziale Funktionseinschränkung vor, dass ein entsprechendes strukturiertes und koordiniertes Vorgehen notwendig wird. Bei Zulassung eines höheren GAF-Wertes würde die Richtlinie einem zu breitem Patientenkreis zugänglich gemacht. Es kämen so PatientInnen in die Versorgung nach dieser Richtlinie, die einer so ressourcenintensiven Versorgung nicht bedürfen. Es besteht die Gefahr, dass weniger schwer erkrankte PatientInnen sich durch die Strukturen dieser RiLi in ihrer Patientenautonomie und Partizipation beeinträchtigt fühlen. Dies könnte zu geringerer Inanspruchnahme und schwereren Krankheitsverläufen bei diesen PatientInnen führen.

3	3	KBV/DKG	Zustimmung zu: [keine Übernahme]	Ambulanzen nach § 118 Abs. 2 erbringen nur subsidiär Leistungen zur ambulanten Versorgung. Die psychosomatischen Ambulanzen nach § 118 Abs. 3 dürfen nicht einmal subsidiär zur ambulanten Versorgung tätig werden. Beide Typen von Ambulanzen halten aufeinander abgestimmte Leistungssysteme vor, deren Ressourcen nicht für die schwankende und punktuelle Inanspruchnahme durch diese RiLi ausgelegt sind. Eine Teilnahme sollte daher nur namentlich für bestimmte Ärzte oder Psychotherapeuten dieser Ambulanzen und mittels genauer Regelung der Inanspruchnahme im Rahmen eines Kooperationsvertrags mit dem Krankenhaus möglich sein.
3	5	DKG	Zustimmung zu: Aufnahme des Absatzes	Die Strukturen von Krankenhäusern beinhalten andere Vorhaltekosten und die Prozesse sowohl der stationären Strukturen und Ambulanzen nach § 118 sind auf aufwendigere und zeitintensivere Diagnostik und Behandlung als im ambulanten Bereich ausgelegt. Eine Vergütung orientiert am EBM ist für diese komplexen Versorgungsstrukturen im Rahmen der berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgung nicht leistungsgerecht.
4	1	GKV-SV/DKG/PatV	Zustimmung Einfügung: regionalen	Siehe Begründung zu § 1 Abs. 2.1. Das Angebot muss niedrigschwellig und gut erreichbar sein.

4	1	KBV/DKG	Zustimmung Einfügung: psychosomatischen	Siehe Begründung zu § 1 Abs. 2. Gerade schwer psychosomatisch Erkrankte können von dieser RiLi profitieren.
4	3	DKG	Zustimmung zur Position der DKG. Ergänzend sollte die Teilnahme von Hausärzten festgelegt werden.	<p>Eine Mindestanzahl Leistungserbringer sollte an der Versorgung nach dieser RiLi beteiligt werden, damit ein ausreichendes Netzwerk zur Verfügung steht.</p> <p>Gerade bei psychosomatischen Erkrankungen sind Hausärzte bei der Behandlung schwer kranker PatientInnen beteiligt und spielen eine wesentliche Rolle bei der Versorgung oder der Koordination der Versorgung somatischer Beschwerden. Sie müssen an der Versorgung nach dieser RiLi beteiligt werden.</p>
4	4	KBV/DKG/PatV	Keine Übernahme des Absatzes des GKV-SV	Die Integration der Ambulanzen nach § 118 ist systemwidrig und würde die Versorgung der Ambulanzen beeinträchtigen (siehe Stellungnahme zu § 3 Abs. 3).
4	4	KBV/DKG	Übernahme des Absatzes inkl. des Unterabsatzes 3 der DKG: Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Zusätzlich soll mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser über psychosomatische Kompetenzen verfügen.	Schwer psychosomatisch Erkrankte (z.B. schwere Anorexien oder somatoforme Störungen) bedürfen abschnittsweise stationärer Aufenthalte. Eine Integration in die strukturierte Versorgung erscheint daher zwingend notwendig.

4	8	KBV/DKG	Zustimmung zu: [keine Übernahme]	Die administrative Last im ambulanten Bereich ist bereits zu hoch. Ambulante Strukturen wären mit solch aufwendigen Meldepflichten überfordert, bzw. es könnte hohe Kosten bei größeren Strukturen nach sich ziehen.
5	2	DKG	Zustimmung zur Übernahme des Absatzes	Patientenwünsche sollen bei der Formulierung des Behandlungsplans berücksichtigt werden. Ansonsten wäre die Inanspruchnahme gefährdet.
6	1.2	KBV/DKG	Zustimmung zu: [keine Übernahme]	Die Ambulanzen nach § 118 sind nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RiLi geeignet (siehe auch Stellungnahme zu § 3 Abs. 3 und § 4 Abs. 4)
7	1.12	GKV-SV/DKG/PatV	Zustimmung zu: [keine Übernahme]	Der bürokratische Aufwand zur Überwachung der Umsetzung der Regelungen nach Anlage 1 erscheint zu hoch.
7	4	GKV-SV/DKG	Zustimmung zu: [keine Übernahme]	Die Einrichtung von Netzverbundbeauftragten erscheint in keinem angemessenen Kosten-/Nutzenverhältnis. Sie würde Doppelstrukturen schaffen und die bürokratische Last der Leistungserbringer erhöhen. Entsprechende Strukturen zur Übernahme der von der KBV vorgeschlagenen Funktionen werden in § 6 Abs. 1 bereits geschaffen.
Anlage 1			Zustimmung zu: [keine Übernahme]	Der Leistungskatalog ist komplex und könnte die Leistungserbringer überfordern. Der Katalog gefährdet deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit den mit dieser Richtlinie beabsichtigten Aufbau

				interdisziplinärer und multimodaler Angebote.

**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021**

<b>Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen e.V.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>

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

<b>MEG Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				
3	6		Hinzufügen .. und der MWBO der BPTK für Psychologische Psychotherapeut*innen	
5	1-5	KBV	Wir schließen uns hier an	
6	1	KBV/DKG	Wir schließen uns hier an	
6	2	KBV/PatV	Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu.	Bitte fügen Sie hier eine entsprechende Begründung ein.
6	2	KBV/PatV	Wir schließen uns hier an	
8	2	PatV	Wir schließen uns dem an	
8	3	KKBV/	Wir schließen uns dem an	
9	6	PatVBV	Wir schließen uns hier an	
9	7	KBV/PatV	Wir schließen uns hier an	
11		KBV	Wir schließen uns ebenfalls hier an	

Referentenentwurf		BTPK	Wir unterstützen in allen Punkten die Ausführungen der Stellungnahme v. 12.11.2020 für den Bereich Kinder und Jugendliche	Die Belange der Kinder und Jugendlichen bei komplexen Störungen und Versorgungsbedarf fehlen im Referentenentwurf zur Richtlinie und sollten in dieser Form (siehe BTPK 12.11.2020 ) einfließen.
-------------------	--	------	---	--

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

MEG München		
Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input checked="" 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"/>



**Stellungnahme der DFPP e.V. zur Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf – (Ihr Schreiben vom 15.01.2021)**

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege (DFPP e.V.) begrüßt ausdrücklich die Anliegen der Richtlinie und sieht insgesamt ein hohes Verbesserungspotenzial für die Versorgung.

Zusammenfassend kritisiert die DFPP, dass die Ausführungen nicht immer der Tatsache gerecht werden, dass der Adressatenkreis in aller Regel multiprofessionelle, mobile-nachgehende, niedrighschwellige und alltagsnahe Hilfen braucht. Hier sieht die DFPP vor allem die Art des Zugangs zum Angebot, sowie die starke Betonung der ärztlichen (oder psychotherapeutischen) Behandlungs- und Koordinierungsverantwortung als nicht zielführend an. Die Hilfebedarfe der Adressatengruppe erfordern Kompetenz und Verantwortungsübernahme von allen Leistungserbringer\*innen, deren Potenzial nicht beschnitten werden sollte.

Internationale STEPPED-CARE-Modelle, die in ihrer Wirkung gut belegt sind und vor allem durch niederschwellige Zugangswege gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen schnell und wirkungsvolle Hilfen zukommen lassen können, bildet die Richtlinie nicht ab. Eher scheinen die dargestellten Leistungen an Patientinnen und Patienten zu adressieren, denen es leichtfällt, Termine wahrzunehmen, sich an Strukturen zu halten und die damit relativ einfach zu behandeln sind. STEPPED-CARE-Modelle für vulnerable Personengruppen in medizinischen Kontexten zeichnen sich dadurch aus, dass nicht nur niederschwellige Zugangsmöglichkeiten und damit Leistungsauslösung möglich ist, sondern auch die Angebotsvielfalt niederschwellig beginnen kann und in der fachärztlichen oder auch Krankenhausversorgung endet. In der vorliegenden Richtlinie steht die STEPPED-CARE-Pyramide auf dem Kopf. So müssen Zugangswege und Leistungsauslösung über Facharztstrukturen/Psychotherapeut\*innen erfolgen; was als hochschwelliges System und auch als hochschwelliger Systemzugang bezeichnet werden.

Die DFPP wird zum Anhörungstermin zugegen sein.

Ulm, den 25.01.2021

Dorothea Sauter  
Präsidentin  
[sauter@dfpp.de](mailto:sauter@dfpp.de)

Uwe Genge  
Stellv. Präsident  
[genge@dfpp.de](mailto:genge@dfpp.de)

Michael Mayer  
Stellv. Präsident  
[mayer@dfpp.de](mailto:mayer@dfpp.de)

Prof. Dr. Michael Löhr  
Mitglied DFPP Präsidiums  
[michael.loehr@lwl.org](mailto:michael.loehr@lwl.org)



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

<b>Deutsch Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				
1	2		Die DFPP unterstützt die Erweiterung der KBV/DKG/PatV. Außerdem schlägt die DFPP eine Ergänzung des Absatzes wie folgt vor: <i>„Mit dieser Richtlinie nähert sich die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dem internationalen Standard an und baut eine gestaffelte Versorgungsstruktur (STEPPED-CARE-Modell) auf. Hierbei spielen niederschwellige Angebote eine große Rolle, die ansonsten nur schwer durch die gegliederte Sozialgesetzgebung dargestellt werden kann.“</i>	International ist state of the art eine STEPPED-CARE-Behandlung bzw. ein STEPPED-Care-Modell, das niederschwellige Angebote genauso ermöglicht wie kostenintensive therapeutische/ärztliche Versorgung. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen profitieren teilweise genauso gut von niederschweligen Angeboten wie von teurer und individualisierter medizinischer Versorgung. STEPPED-CARE-Modelle verbessern den Zugang zu Leistungen für alle bedürftigen Personen und ohne individuelle Hilfen für besondere Bedarfe zu gefährden.
1	3		Die DFPP schlägt eine Ergänzung des Absatzes (3) vor. Ergänzt werden soll der Aufzählungspunkt 10.: <i>Einführung von niederschweligen therapeutischen Angeboten.</i>	Niederschwellige therapeutische Angebote wie Low Intensity CBT oder Bibliotherapie und weitere sind international gut erprobt. Wissenschaftliche Belege für die Effektivität und Effizienz liegen vor. Diese Form der Behandlungen sind gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wichtig. Hier braucht es zwingend eine Ergänzung in der aktuellen Behandlungslandschaft in Deutschland.
2	2	KBV/DKG /PatV	Die DFPP unterstützt den Vorschlag der KBV/DKG/PatV .	Die Definition der GKV, des GKV-SV schließt wichtige Patientengruppen aus, die aber für komplexe Versorgungsfragen einen großen Teil ausmachen. So wird dargestellt,

				dass eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie eine „hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ sei. Krankheitsbewusstsein und Mitwirkungsfähigkeit sind Einflussfaktoren wie auch Folgeerscheinungen schwerer psychiatrischer Verläufe sein kann, gerade hier besteht hoher Hilfebedarf. Für diese Patientengruppe sind niederschwellige Angebote unwahrscheinlich wichtig, auch um Zwangseinweisung oder ähnliche Formen von schwierigen Situationen zu vermeiden. Daher ist dringend davon abzuraten, die Definition des GBK-SV zu nutzen.
2	2	KBV/DKG /PatV	Die DFPP unterstützt den Vorschlag der KBV/DKG/PatV .	Eine Differenzierung der einzelnen F-Diagnosegruppen ergibt aus Sicht der DFPP keinen Mehrwert
2	3	KBV/DKG	Die DFPP unterstützt den Formulierungsvorschlag der KBV/DKG	Schwere psychische Erkrankungen oder Leiden, die aufgrund einer solchen Erkrankung auftreten können, sind schwer über einen cut-off-Wert psychometrischer Instrumente zu bestimmen. Das Global Assessment of Functioning (GAF) ist sicherlich ein Näherungsinstrument, als einziges Instrument hier zu unspezifisch. Der ICF oder auch der Mini-ICF beschreibt Funktionseinbußen oder Behinderung auf unterschiedlichen Dimensionen des Lebens.
3	2	GKV-SV/ PatV	Die DFPP schließt sich der Formulierung von GKV-SV/PatV an	Zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V sind als Leistungserbringende geeignet, auch wenn sie keine Institutsambulanz vorhalten. Gerade bezüglich sektorenübergreifender Zusammenarbeit darf hier keine Einschränkung erfolgen.
3	3		Die DFPP ist irritiert über jeglichen Vorschlag der Parteien. Da es sich in dieser Richtlinie um einen berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgungsauftrag für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung handelt, kann nicht nachvollzogen werden, dass es hier ausschließlich um Fachärztinnen und Fachärzte von Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie geht, die mindestens für die Versorgung nach dieser Richtlinie vorhanden sein	

			müssen. Dies widerspricht aus unserer Perspektive der Grundidee dieser Richtlinie. Eine deutliche Erweiterung ist hier zielführend. Daher muss aus Sicht der DFPP die Auflistung zwingend um weitere Berufsgruppen ergänzt werden, damit dieser Ansatz ermöglicht werden kann.	
3	4, Satz 3	GKV-SV/ PatV	Die DFPP schließt sich der Formulierung der PatV an	<p>Alle Anbietenden von pHKP müssen Leistungen erbringen können, Qualifikationsanforderungen sind in den Verträgen gem. §132a SGB V impliziert.</p> <p>(Unabhängig davon plädiert die DFPP zusammen mit der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrisch Pflege seit langem für die Erstellung einer Rahmenvereinbarung, die Pflegequalität gewährleistet ohne künstliche Hürden für dieses Angebot zu schaffen.)</p> <p>Sollte die Formulierung der KBV/DKG näher diskutiert werden möchten wir die Ergänzung anbringen, dass nicht nur die Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung aufgeführt wird, sondern auch Studiengänge mit dem Schwerpunkt psychiatrische Pflege anzurechnen sind.</p>
4	3		Die DFPP unterstützt ausdrücklich keinen der genannten Vorschläge von GVK-SV, KBV, DKG, PatV.	<p>Für die Gründung des Netzverbundes dürfen keine theoretisch nicht begründbaren Schwellen aufgebaut werden, ein Verbund soll auch schon bei kleiner Patientenzahl handlungsfähig sein.</p> <p>Generell fokussieren die dargestellten Mindestmerkmale für einen Netzverbund sehr auf das Vorhandensein von Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dies entspricht aus Sicht der DFPP nicht der Kernintention und den wissenschaftlichen Erkenntnissen, die weltweit zur Frage von STEPPED-CARE-Modellen und Netzverbänden vorliegen. Wir unterstützen durchaus die fachärztliche oder psychologisch-psychotherapeutische Fallführung im Sinne, dass Interventionen und Angebote abzustimmen sind, jedoch braucht es viel mehr weitere Partnerinnen und Partner in</p>

				<p>Netzwerken, um eine niederschwellige und zielgerichtete Versorgung zu ermöglichen. Der angesprochene Personenkreis braucht in aller Regel multiprofessionelle, mobile-nachgehende, niedrighschwellige und alltagsnahe Hilfen. In STEPPED-CARE-Modellen ist der Facharzt/die Fachärztin oder die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut die Spitze der Versorgungspyramide und es deklinieren sich weitere niederschwellige Angebote darunter. Die Aufgabe dieser Berufsgruppen sind weitestgehend im Monitoring von Intervention und Ergebnissen sowie Verbesserung oder Verschlechterung zu sehen, um gemeinsam mit Casemanagerinnen und -managern abzustimmen, ob eine höhere Versorgungsstufe notwendig ist. Aus Sicht der DFPP widersprechen die dargestellten Mindestanforderungen einem STEPPED-CARE-Modell und werden voraussichtlich keine Verbesserung für die Patientinnen und Patienten mit sich bringen. Je höher die Anforderungen hier geschraubt werden, um so unwahrscheinlicher ist das Zustandekommen dieser Netzwerke, da je nach ländlicher Region es aufgrund der Mengenangaben schon zu natürlichen Ausschlüssen kommt.</p>
4	4	KBV/DKV	Die DFPP unterstützt den Formulierungsvorschlag der KBV/DKV	<p>Zur Erreichung des Versorgungsziels Kooperationsabsprachen mit sozialpsychiatrischen Diensten, Krisendiensten, psychosozialen und Suchtberatungsstellen, vor allen Dingen auch Selbsthilfeorganisation hält die DFPP für zielführend, um einen komplexen Versorgungsauftrag erfüllen zu können.</p>
4	5	PatV, GKV-SV, KBV, DKG	Die DFPP schließt sich der Formulierung der PatV an und empfiehlt ergänzend die Übernahme von Punkt 9 aus dem Vorschlag von GKV-SV, KBV, DKG. Die DFPP plädiert dafür auch „nichtpsychiatrische Dienste“ explizit als mögliche Partner für fallbezogene Kooperationsabsprachen hinzuzufügen.	<p>Es sollen breite Optionen für Kooperationen des Netzverbundes gewährleistet sein.</p>

4	8	PatV	Die DFPP unterstützt den Formulierungsvorschlag der PatV	
4	10		Die DFPP plädiert für die Streichung dieses Absatzes	Die Vorschläge von KBV und PatV sind aus Sicht der DFPP zu komplex und weitreichend, um eine komplexe Versorgung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sicherzustellen
5			Die DFPP plädiert den Abschnittitel „Bezugspersonen und Behandlungsteam“ zu nennen oder die §§ 5 und 6 zusammen zu nehmen. Der gesamte §5 bedarf der kritischen Prüfung, ob und für welche Berufsgruppe es erforderlich ist, die Aufgaben so detailliert zu beschreiben. Zu klären die die Gesamtverantwortung, diese sieht die DFPP beim Bezugskordinierenden. Dessen Aufgaben und Befugnisse sind zu beschreiben. Zu gewährleisten ist, dass Hilfen niederschwellig organisiert werden und dass das berufsgruppenübergreifende Behandlungsnetzwerk frühzeitig in die Pflicht genommen wird – und dass der Patient/die Patientin in alle Planungsschritte eingebunden ist.	Der Bezugskordinierende hat engen und vertrauensvollen Kontakt zum Nutzenden und trägt die Gesamtverantwortung im Hilfeprozess. Davon unabhängig tragen Ärzt*inne und Psychotherapeut*innen und alle weiteren Personen Verantwortung für ihren Aufgabenbereich. Alle Akteur*innen bauen vertrauensvolle Beziehungen auf, der Bezugskordinierende hat die Gesamtübersicht und ist verantwortlich für die Fortschreibung und Überprüfung des Gesamtbehandlungsplans im Rahmen der Regularien. Der Nutzen, zusätzlich zum/zur Bezugskordinierenden eine/einen <i>Bezugsbehandelnden</i> zu haben und Weisungsbindungen zu regeln, erschließt sich nicht. Die Praxis zeigt, dass Ärzt*innen Koordinationsaufgaben in der Regel aus Zeitgründen nicht übernehmen und wenig Interesse haben das „Ineinandergreifen der Versorgungsangebote“ zu gewährleisten. In aller Regel haben nichtärztliche Berufsgruppen zeitintensivere, höherfrequente und niedrigrschwelligere Kontakte zum Betroffenen und seinem Umfeld.
6	1,4,5		Die Ausführungen im §6 hängen aus Sicht der DFPP von den Formulierungen in §5 ab. Koordinierende Aufgaben sollten diejenigen Leitungserbringenden übernehmen, die zum Betroffenen guten Kontakt haben sowie sein Umfeld und die regionalen Möglichkeiten sehr gut kennen. Eine explizite Weisungsgebundenheit an den/die Behandlungsführenden ist weder erforderlich noch sachdienlich, die Aufgaben ergeben sich aus dem für alle verbindlichen Gesamtbehandlungsplan und den multiprofessionellen Absprachen und müssen	

			darüber hinaus in der Durchführung vom Leistungserbringenden verantwortet werden.	
6	1	GKV-SV, PatV	Die DFPP unterstützt den Formulierungsvorschlag zu erstens der GKV-SV und PatV	Die hier vorgeschlagene Formulierung bietet die Möglichkeit, dass koordinierende Personen an Arztpraxen oder Psychotherapiepraxen angebunden sind. Dieses Modell gibt es in ähnlicher Weise in den Niederlanden, das sehr erfolgreich praktiziert wird. Hier können Menschen aus unterschiedlichen Berufsgruppen mit einer entsprechenden Casemanagement-Ausbildung tätig werden.
6	2		Die Fähigkeit zur Koordination ist aus Sicht der DFPP nicht mit einer spezifischen Berufsausübung verknüpft, alle Akteur*innen nach §3 kommen in Frage. Auf keinen Fall sollte Koordination nicht „in Teilen delegiert“ werden, sondern in einer Hand bleiben. Um gute Fachlichkeit zu gewährleisten ist die Vorgabe von 2 Jahren Berufserfahrung in der Zusammenarbeit mit dem Adressatenkreis sinnvoll. Weitere Vorgaben für die Qualifizierung (im Sinne von Skills) sollten geprüft werden.	
6	3	KV-SV/DKG und PatV	Die DFPP schließt sich der Streichungsforderung von KV-SV/DKG und PatV an.	
8	2	PatV	Die DFPP unterstützt den Formulierungsvorschlag der PatV und plädiert für die Ergänzung, dass eine Empfehlung auch durch Soziotherapeutinnen/-therapeuten oder eine psychiatrische Pflegefachperson ausgesprochen werden kann. Manchmal sind Vertretende dieser Berufsgruppen die einzigen Professionellen (oder sogar die einzigen Personen), die mit dem Betroffenen Kontakt haben.	Die DFPP hält einen breiten Zugang zu diesem Versorgungsangebot für zwingend notwendig.

			Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen. Die Netzverbände überprüfen in einer Eingangssprechstunde, ob die Voraussetzungen nach §2 vorliegen	
8	5,6		Die DFPP bittet um den ergänzenden Hinweis: Eine Kontaktaufnahme, ein Erstgespräch (oder Eingangsgespräch) muss im Bedarfsfall aufsuchend erfolgen.	
9	3		Die Formulierung „...bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen ...“ ist unzureichend. Bei Bedarf sollen formelle und informelle Hilfeangebote außerhalb des SGB V angeregt, initiiert und mitkoordiniert werden.	
9	7		Die DFPP spricht sich für die Aufnahme des Absatzes (7) in die Richtlinie aus.	KBV/PatV haben aus Sicht der DFPP gut aufgezeigt, wie aufsuchende multiprofessionelle Therapie aussehen kann. Additiv erscheint uns wichtig, dass auch andere Formen von Therapien möglich sind. Hierzu nennen sind Gruppentherapien oder auch Bibliothherapie.
10	1		Der Gesamtbehandlungsplan (GPB) muss neben ärztlicher oder psychotherapeutischer Diagnostik auch Funktionseinschränkungen, Vulnerabilitäten, Alltagsprobleme, soziale Situation, Umfeld sowie Ressourcen des Nutzenden erfassen.	
10	2		Der GPB soll mit dem Klienten/der Klientin erarbeitet und abgestimmt werden, abgestimmt wird auch die Frequenz der Überprüfung.	
11			Die DFPP schließt sich ehesten der Formulierung der PatV an, konkrete Aspekte hängen von den Formulierungen in § 6 ab.	

13		GKV-SV/PatV	Die DFPP schließt sich den Ausführungen von GKV-SV/PatV an.	Diese Formulierungen ermöglichen flexibles und situationsangemessenes Vorgehen.
----	--	-------------	---	---

**Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021**

<b>Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>





Dachverband  
Deutschsprachiger  
PsychosenPsychotherapie

DDPP Stromstr. 1, 10555 Berlin www.ddpp.eu

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung &  
Veranlasste Leistungen  
Postfach 120606  
10596 Berlin

Per Mail: skv@g-ba.de

Berlin, 26.01.2021

Stellungnahme:

**Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung  
psychisch kranker Menschen mit komplexem  
Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V (Erstfassung)**

Sehr geehrte Frau Dr. Pfenning,  
sehr geehrte Frau Kleinert,

herzlichen Dank für die Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme  
als betroffene Organisation zur Erstfassung der Richtlinie zur  
strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch kranker  
Menschen mit komplexen Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b  
SGB V.

Wir möchten unsere wesentlichen Argumente hier vorab kurz  
zusammenfassen.

Die Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen im  
ambulanten Rahmen ist derzeit nicht ausreichend. In der  
internationalen Literatur wird der Begriff der "severe mental illness"  
vor allem dann verwendet, wenn schwere Symptome zur  
Einschränkung der sozialen Funktionsfähigkeit in einem Ausmaß  
führt, welches die selbstständige Lebensführung in Frage stellt. Die  
Betroffenen sind als Folge der Erkrankung oft nicht in der Lage, die  
Leistungen des derzeitigen ambulanten Versorgungssystems in  
Anspruch zu nehmen, da sie die notwendige Initiative nicht  
aufbringen können oder durch krankheitsbedingtes Misstrauen bzw.  
schlechte Erfahrungen die BehandlerInnen ablehnen.

Als Folge sind diese Menschen die Verlierer des gegenwärtigen  
ambulanten Versorgungssystems. Sie erhalten weniger  
Versorgungsleistungen und weisen letztlich eine 10 Jahre geringere  
Lebenserwartung auf. Das Versorgungsziel dieser Richtlinie muss  
sein, diese PatientInnen-Gruppe nicht erneut aus dem Blick zu  
verlieren, sondern hier eine zielgenaue und umfassende  
Versorgungsstruktur zu entwickeln.

**Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler**  
**Vorsitzende**

Universitätsklinikum Charité  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Charitéplatz 1  
10117 Berlin  
dorothea.vonhaebler@charite.de

**Roswitha Hurtz**  
**Stellvertretende Vorsitzende**

kbo-Isar-Amper-Klinikum  
München-Ost  
Ringstr. 14  
85540 Haar  
roswitha.hurtz@kbo.de

**Prof. Dr. phil. Stefan Klingberg**  
**Stellvertretender Vorsitzender**

Universitätsklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Oslanderstraße 24  
72076 Tübingen  
Stefan.Klingberg@med.uni-tuebingen.de

**Prof. Dr. phil. Thomas Bock**  
**Beisitzer**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
bock@uke.de

**Prof. Dr. med. Andreas Bechdolf**  
**Beisitzer**

Vivantes Klinikum Am Urban  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Dieffenbachstraße 1  
10967 Berlin  
andreas.bechdolf@vivantes.de

**Sekretariat:**

Sophie Kremer  
DDPP e.V.  
Stromstr. 1  
10555 Berlin  
Fax: 030-700143-4346  
sophie.kremer@ddpp.eu

**Bankverbindung:**

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

Dafür ist es notwendig, dass unter der Überschrift der Komplexleistung verschiedene Leistungsträger, insbesondere die Institutsambulanzen der regional zuständigen Kliniken und die außerklinischen ambulanten Angebote des SGB V (und perspektivisch auch darüber hinaus) verbindlich zusammenarbeiten können.

Naheliegende Strategien sind die Senkung der Zugangsschwellen, aufsuchende Arbeit, langfristige Beziehungskontinuität mit psychotherapeutischer Kompetenz und eine umfangreiche kontinuierliche Kooperation der an der ambulanten Behandlung beteiligten Personen. Dies soll hier umgesetzt werden.

In seiner Stellungnahme hat sich der DDPP e.V. auf ausgewählte Punkte der Erstfassung der Richtlinie konzentriert.

Die Stellungnahme des DDPP e.V. übersenden wir Ihnen beiliegend fristgerecht per E-Mail, entsprechend der Formvorgaben des zuständigen Unterausschuss-adhoc 92-6b des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Wir bitten als betroffene Organisation darum, zur mündlichen Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie zur strukturierten und koordinierten Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexen Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V geladen zu werden und stehen für Erläuterungen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Dorothea von Haebler  
Vorsitzendes des DDPP e.V.

**Prof. Dr. med. Dorothea von Haebler**  
**Vorsitzende**  
Universitätsklinikum Charité  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Charitéplatz 1  
10117 Berlin  
dorothea.vonhaebler@charite.de

**Roswitha Hurtz**  
**Stellvertretende Vorsitzende**  
kbo-Isar-Amper-Klinikum  
München-Ost  
Ringstr. 14  
85540 Haar  
roswitha.hurtz@kbo.de

**Prof. Dr. phil. Stefan Klingberg**  
**Stellvertretender Vorsitzender**  
Universitätsklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Osianderstraße 24  
72076 Tübingen  
Stefan.Klingberg@med.uni-tuebingen.de

**Prof. Dr. phil. Thomas Bock**  
**Beisitzer**  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
bock@uke.de

**Prof. Dr. med. Andreas Bechdorf**  
**Beisitzer**  
Vivantes Klinikum Am Urban  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik  
Dieffenbachstraße 1  
10967 Berlin  
andreas.bechdorf@vivantes.de

**Sekretariat:**  
Sophie Kremer  
DDPP e.V.  
Stromstr. 1  
10555 Berlin  
Fax: 030-700143-4346  
sophie.kremer@ddpp.eu

**Bankverbindung:**  
IBAN: DE56 3006 0601 0008 6910 29  
BIC: DAAEDED  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank

## DDPP Stellungnahme zum G-BA-Entwurf

### Präambel:

Die Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen im ambulanten Rahmen ist derzeit nicht ausreichend. In der internationalen Literatur wird der Begriff der "severe mental illness" vor allem dann verwendet, wenn schwere Symptome zur Einschränkung der sozialen Funktionsfähigkeit in einem Ausmaß führt, welches die selbstständige Lebensführung in Frage stellt. Die Betroffenen sind als Folge der Erkrankung oft nicht in der Lage, die Leistungen des derzeitigen ambulanten Versorgungssystems in Anspruch zu nehmen, da sie die notwendige Initiative nicht aufbringen können oder durch krankheitsbedingtes Misstrauen bzw. schlechte Erfahrungen die BehandlerInnen ablehnen.

Als Folge sind diese Menschen die Verlierer des gegenwärtigen ambulanten Versorgungssystems. Sie erhalten weniger Versorgungsleistungen und weisen letztlich eine 10 Jahre geringere Lebenserwartung auf. Das Versorgungsziel dieser Richtlinie muss sein, diese PatientInnen-Gruppe nicht erneut aus dem Blick zu verlieren, sondern hier eine zielgenaue und umfassende Versorgungsstruktur zu entwickeln.

Dafür ist es notwendig, dass unter der Überschrift der Komplex-leistung verschiedene Leistungsträger, insbesondere die Institutsambulanzen der regional zuständigen Kliniken und die außerklinischen ambulanten Angebote des SGB V (und perspektivisch auch darüber hinaus) verbindlich zusammenarbeiten können.

Naheliegende Strategien sind die Senkung der Zugangsschwellen, aufsuchende Arbeit, langfristige Beziehungskontinuität mit psychotherapeutischer Kompetenz und eine umfangreiche kontinuierliche Kooperation der an der ambulanten Behandlung beteiligten Personen. Dies soll hier umgesetzt werden.

<b>Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie (DDPP) e.V.</b>				
<b>26.01.2021</b>				
<b>§</b>	<b>Absatz</b>	<b>Ggf. Position</b>	<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Beispiele:</b>				

1	1-2		<p>Streichen: "insbesondere"</p> <p>ad (2), 2. ergänzen: von besonderer Bedeutung ist dabei die Verfügbarkeit psychotherapeutischer Behandlung sowie somatischer Versorgungsleistungen.</p>	<p>Die Priorisierung schwer psychisch Kranker bei dieser Versorgungsform sollte betont werden. Nur so kann verhindert werden, dass diese PatientInnen erneut die strukturellen VerliererInnen des Versorgungssystems werden.</p> <p>Die Unterversorgung schlägt sich in ungünstigen Krankheitsverläufen und verkürzter Lebenserwartung nieder. Die üblichen ambulanten Versorgungsstrukturen können aufgrund der Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung bzw. krankheitsimmanent oft nicht genutzt werden. Bestimmte PatientInnen erhalten die notwendigen Komplexleistungen so nur im stationären Status. Das gilt es zu verändern.</p>
1	3		<p>ad 1.: ergänzen: "insbesondere durch verbesserte Beziehungsqualität mit den an der Versorgung beteiligten Personen sowie durch die regelhafte Möglichkeit aufsuchender Behandlung."</p> <p>ad 3.: ergänzen: „Die bessere Verfügbarkeit von Psychotherapie ist für die Leitlinienkonformität dabei eine zentrale Herausforderung.“</p> <p>Neu: 10. Konzeptuelle und wenn möglich personelle Kontinuität therapeutischer Hilfen in die und</p>	<p>Im Maßnahmenkatalog fehlt die Betonung von Kontinuität und Flexibilität sowie von durchgängiger psychotherapeutischer Beziehungskompetenz. Notwendig ist eine Person, die langfristig mit einem flexiblen Zeitbudget zur Verfügung steht und die über spezifische Diagnostik und formale Koordination hinaus in der Lage ist, eine tragende Beziehung aufzubauen, Verantwortung zu teilen und Selbstwirksamkeit zu fördern. Spezifische Diagnostik, formale Koordination und die Organisation von Terminen muss von psychotherapeutischer Arbeit und Arbeit an der Beziehung unterschieden werden. Explizit ist hier auch die besondere Beziehungsqualität von Genesungs-/Peerbegleitung zu nutzen.</p>

			<p>während der Komplexbehandlung sowie beim Übergang in die Regelversorgung.</p> <p>Neu: 11. Einbezug von Angehörigen und Genesungs-/PeerbegleiterInnen</p>	
2	1		<p>Satz 2 bei GKV-SV: Die Einschränkung auf „hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ muss gestrichen werden.</p> <p>stattdessen: “Den an der Versorgung Beteiligten soll ermöglicht werden, vertrauensbildend, motivationsfördernd und beziehungsfördernd zu handeln, um auch bei initialer Ablehnung von</p>	<p>Hier wird die Unterversorgung allein auf die Betroffenen attribuiert und ein ungeeignet aufgestelltes Versorgungssystem nicht in die Pflicht genommen.</p> <p>Durch Komm-Struktur und hochschwellige Angebote werden viele schwer erkrankte PatientInnen ausgeschlossen und kommen dann mit dem Hilfesystem häufig nur per Zwangseinweisung in Kontakt. „Hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ besteht formal bei vielen dieser PatientInnen nicht, da Skepsis gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfen oder ein fehlendes Krankheitsgefühl dem entgegenstehen. Gerade die eigensinnigen und misstrauischen PatientInnen brauchen eine ambulante Komplexleistung, die Vertrauensbildung ermöglicht und ihre oft sehr negativen Erfahrungen mit dem Hilfesystem korrigieren hilft.</p>

		<p>Angeboten durch Betroffene hilfreich tätig werden zu können.“</p> <p>Übernahme der Variante der PatV: Ergänzung: „Schwer und komplex psychisch Kranke haben oft krankheitsimmanent oder erfahrungsbedingt (auch aus vergangenen Behandlungen) kein Vertrauen zum Hilfesystem, so dass hier das Hilfesystem mit einem Vertrauensbildungsprozess in Vorleistung gehen muss, damit die PatientInnen erreicht werden, für die diese Richtlinie geschaffen wird.“</p>	<p>Hier muss das Hilfesystem in Vorleistung gehen. Wenn die Schwelle zu hoch gesetzt wird, werden gerade die PatientInnen ausgeschlossen, deren Versorgung mit den neuen Regelungen verbessert werden sollen.</p>
--	--	---	---

2	2		<p>Übernahme der GKV-SV Diagnosepositivauswahl</p> <p>weitere Kriterien müssen hinzugefügt werden (siehe § 2(3)).</p>	<p>Die Schwere einer psychischen Erkrankung hängt i.d.R. eher wenig von der Diagnose und sehr viel mehr von komplizierenden Begleitscheinungen und negativen Behandlungserfahrungen ab. Dazu gehören einerseits Komorbiditäten, soziale Ressourcen/Bedingungen sowie andererseits unzureichende ambulante Anbindung, stationäre "Drehtüreffekte", und die Erfahrung einer Zwangsbehandlung. Diese sind bei den genannten Diagnosen eher anzutreffen als bei den ausgesparten. Um die Ressourcen einer Komplexbehandlung auch für die PatientInnen zu nutzen, die es am meisten brauchen, sind hier klare Auswahlkriterien nötig.</p>
2	3		<p>Neu: „Es liegen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vor. Die Erfassung erfolgt durch eine Kombination aus einem Fremdeinschätzungsrating (z.B. GAF kleiner gleich 50) und Kriterien</p>	<p>Ein querschnittliches Fremdrating (GAF o. Mini-ICF) kann immer nur ein Anhaltspunkt sein und ist deswegen als alleiniges Kriterium nicht ausreichend. Aussagekräftiger sind objektivierbare Erfahrungen aus der Vorgeschichte, wie wiederholte Aufnahmen, Zwangsbehandlungen und Behandlungsabbrüche.</p>

			<p>der bisherigen Behandlung, mind. zwei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● häufige stationäre Behandlungen</li> <li>● Zwangsbehandlungen</li> <li>● wdh. Behandlungsabbrüche</li> <li>● kein Zustandekommen einer indizierten kontinuierlichen ambulanten Behandlung/ Versorgung</li> <li>● Suizidversuche</li> <li>● aggressives Verhalten/ drohende forensische Unterbringung</li> <li>● Erstmanifestation einer psychotischen Erkrankung“</li> </ul>	
2	4		<p>Insofern ist es notwendig § 2.4 zu ergänzen:  „Insbesondere liegt ein komplexer ambulanter Behandlungsbedarf vor, wenn mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sind:  ...siehe Vorschlag in § 2(3).“</p> <p>.</p>	



3	1-5		<p>Zu ergänzen:  „Unter den LeistungserbringerInnen müssen solche mit psychotherapeutischer Qualifikation sein, um den häufig erschwerten Zugang zur/m PatientIn und eine qualitativ hochwertige, personell kontinuierliche Beziehungsarbeit zu gewährleisten.</p> <p>Die LeistungserbringerInnen aus den beiden Sektoren müssen kombiniert werden können, und somit eine konzeptuelle und personelle Therapiekontinuität auch bei Krisen ermöglicht werden.“</p>	<p>Bei der Definition der teilnehmenden LeistungserbringerInnen ist zu beachten, dass diese sich oft notwendig ergänzen. Das gilt vor allem bei PatientInnen, die ein hohes Risiko wiederholter stationärer Aufnahmen auch gegen ihren Willen und Behandlungsabbrüche aufweisen. Für diese PatientInnen ist es häufig notwendig, dass sich z.B. LeistungserbringerInnen, die regelhaft „abwartend“ und im klassischen Setting arbeiten und solche, die auch aufsuchend und flexibel (zeitlich, örtlich, Setting) arbeiten, ergänzen können. Zudem muss ein/e LeistungserbringerIn mit psychotherapeutischer Qualifikation beteiligt sein, um den häufig erschwerten Zugang zu ermöglichen und eine qualitativ hochwertige und personell kontinuierliche Beziehungsarbeit zu gewährleisten.</p>
3	2		<p>Die beteiligten Krankenhäuser müssen einen Versorgungsauftrag erfüllen.</p>	<p>Die Ausweitung auf Kliniken, die nicht über einen Vertrag nach §118 b verfügen, darf nicht bedeuten, dass Kliniken ohne verbindliche regionale Versorgung zugelassen werden. Das erscheint gerade im Hinblick auf die Definition der Zielgruppe kontraproduktiv.</p>

3	3		<p>Übernahme PatV - mit folgendem Zusatz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Darüber hinaus müssen die Krankenhäuser mit ihren ambulanten Angeboten teilnahmeberechtigt sein, um die Vezahnung zu gewährleisten und die Übergänge zwischen den Sektoren zu ermöglichen.</li> <li>- außerdem sollten die Hochschul-, Ausbildungs- und Weiterbildungsambulanzen nach §117 zur Teilnahme berechtigt werden.“</li> </ul>	<p>Selbstverständlich sollten auch ambulante Krankenhausleistungen, die nach anderen §§ abgerechnet werden, einbezogen werden, insbesondere solche, die i.R. eines regionalen Budgets, von §64b oder als Teil einer Integrierten Versorgung, und auch StäB abgerechnet werden. Zudem scheint es zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung notwendig, die Hochschul- sowie Aus- und Weiterbildungs-Ambulanzen einzubeziehen, auch um in der Aus-/ Weiterbildung bereits diese schwer und komplex erkrankten PatientInnen als selbstverständlich erscheinen zu lassen.</p>
3	5		keine Übernahme	daher keine Begründung´
4	1		<p>Übernahme der GKV/PatV Position - ERGÄNZUNG ist im letzten Satz ein oder / <u>und</u> psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.</p>	<p>Schwer psychisch Kranke haben einen psychiatrisch und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, dem durch diese Richtlinie unbedingt entsprochen werden muss. Ziel ist eine verbindliche Kooperation zwischen den Netzwerk-TeilnehmerInnen und aller an dem Fall Beteiligten, die psychotherapeutische Behandlungsqualität sichert und sich nicht auf reines organisatorisches Fallmanagement beschränkt.</p>

4	2		<p>Übernahme der KBV Position und des Zusatzes der PatV. Zusatz: „Die Kooperation der NetzwerkverbundteilnehmerInnen, mit Verbindung ambulanter Leistungen der zuständigen Klinik und des außerklinischen Bereichs sollte verbindlich und nicht selektiv erfolgen.“</p>	<p>Gerade bei besonders schwierigen PatientInnen ist eine verbindliche Zusammenarbeit verschiedener AnbieterInnen erforderlich; hier sollte die Verbindung ambulanter Leistungen der zuständigen Klinik und des außerklinischen Bereichs regelhaft sein. Auch wenn diese Verbindlichkeit nicht im ersten Schritt erreichbar ist, bleibt sie Ziel und Qualitätsmaßstab.</p>
---	---	--	---	--

4	3 /4		<p>Übernahme der Pat.V. wegen der verpflichtenden Integration der Krankenhäuser.</p> <p>Die Beteiligung der ambulanten Leistungen der regional zuständigen Klinik <i>und</i> des regionalen außerklinischen Bereichs muss regelhaft vorgesehen werden. Die verschiedenen Einzelbausteine müssen miteinander kombinierbar sein (z.B. Leistungen der PIA + Richtlinien-Psychotherapie)</p> <p>Auch der PIA muss möglich sein, Psychotherapie zu verordnen und/ oder ggf. in angemessenem Umfang durchzuführen.</p> <p>Die Beteiligung von Hochschul-, Ausbildungs- und Weiterbildungs-Ambulanzen sollte möglich sein, um auch AusbildungskandidatInnen an die Psychotherapie von schwer erkrankten Menschen heranzuführen.</p>	<p>Besonders wichtig ist bei komplex und schwer psychisch kranken Patienten, dass die Strukturen es ermöglichen, dass leitliniengerecht behandelt wird und Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie möglich sind und wahrgenommen werden können. Dies ist nicht möglich, wenn die Leistungen sich gegenseitig ausschließen. Die Leistungen der Sektoren müssen kombinierbar sein, um eine personelle und konzeptuelle Kontinuität zu ermöglichen, die Grundlage einer erfolgreichen langfristig wirksamen Behandlung sind.</p> <p>Die regional zuständige Klinik muss bei den schwer und komplex erkrankten Menschen Netzverbundteilnehmer sein, um die Schwelle auf dem Weg in bzw. aus stationärer Behandlung zu verringern. Dies erlaubt den ambulanten Leistungserbringern mit einem Krankenhaus im Rücken, auch ambulant weiter zu gehen und schwerer psychisch kranke PatientInnen in Behandlung zu nehmen.</p> <p>Wenn die Krankenhäuser NICHT Teil des Netzverbundes werden, dann MUSS eine Kooperationsverpflichtung mit dem zuständigen Krankenhaus geschlossen werden</p>
---	------	--	--	---

4	5		<p>Die verbindliche Zusammenarbeit mit Angeboten außerhalb des SGB V ist im Einvernehmen mit den PatientInnen sicherzustellen.</p>	<p>Wichtig erscheint hier ein gestuftes Vorgehen: zunächst die zuständigen Beratungs- und Krisendienste einzubeziehen, um bei Notwendigkeit die Rehabilitationseinrichtungen und stationären Pflegeeinrichtungen hinzuzuziehen. Die vorgesehene verbindliche Zusammenarbeit mit Angeboten außerhalb des SGB V ist unbedingt notwendig – besonders im Hinblick auf PatientInnen mit wiederholter Hospitalisierung, wiederholten Behandlungsabbrüchen und mit der Erfahrung von Zwangsbehandlung.</p>
4	10		<p>Der Einbezug der VorbehandlerInnen in den Netzverbund, sofern sie eine therapeutische Beziehung zu den PatientInnen haben, muss ermöglicht werden.</p>	<p>Im Sinne der diese Richtlinien betreffenden PatientInnen, die besonders oft Schwierigkeiten haben, eine therapeutische Beziehung anzunehmen, ist es unbedingt notwendig, die BehandlerInnen in die Komplexbehandlung einzubeziehen, die ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben und auch die Behandlung nach Rückführung in die Regelversorgung weiterführen können. Nur so können schädigende Beziehungsabbrüche vermieden und eine langfristige Kontinuität in der Behandlung über die verschiedenen Schweregrade einer Erkrankung hinweg gesichert werden. Die Beteiligung eines/r LeistungserbringerIn mit psychotherapeutischer Qualifikation muss regelhaft sein – unabhängig davon, wo diese organisatorisch angesiedelt ist. Die Gesamtverantwortung kann entweder bei einem/r ärztlichen oder einem/r psychologischen PsychotherapeutIn liegen, der/die eine kontinuierliche Beziehungsqualität garantiert. Im Netzwerk muss die jeweils andere Berufsgruppe dabei vertreten sein.</p>

5	1-5		<p>Übernahme KBV mit dem Zusatz:  „Auch eine FachärztIn oder eine psychologische PsychotherapeutIn einer PIA als Mitglied im Netzwerkverbund kann die Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan als BezugstherapeutIn tragen.“</p>	<p>Auch eine FachärztIn oder eine psychologische PsychotherapeutIn einer PIA als Mitglied im Netzwerkverbund kann die Gesamtverantwortung für den Gesamtbehandlungsplan als BezugstherapeutIn tragen.</p>
6			<p>Die Koordination verschiedener Hilfen muss von einem/r an der Behandlung direkt beteiligten psychotherapeutisch qualifizierten (Bezugs-)TherapeutIn unter aktiver Einbeziehung des/der PatientIn geschehen. Teile der Koordinationsaufgaben können an andere Berufsgruppen und erfahrene GenesungsbegleiterInnen delegiert werden.</p>	<p>Auch die konkrete pragmatische Koordination der verschiedenen Hilfen muss von einem/r an der Behandlung direkt beteiligten psychotherapeutisch qualifizierten TherapeutIn unter aktiver Einbeziehung des/r PatientIn geschehen.</p> <p>Die Koordination sollte durch den/die BezugstherapeutenIn in Absprache mit den PatientInnen erfolgen, was bei PatientInnen mit schweren und komplexen psychiatrischen Erkrankungen meist nur durch professionelle Beziehungsarbeit leistende BehandlerInnen erfolgen kann. Operative, rein organisatorische oder zeitaufwändige Begleitung zur Wahrnehmung von z.B. Arztterminen können delegiert werden. Ein reines Case Management erbringt nachgewiesenermaßen keine Verbesserung.</p> <p>Die Koordination von Leistungen, die PatientInnen dann auch annehmen, kann nur durch eine therapeutisch qualifizierte Beziehungsperson, die in direktem vertrauensvollen Kontakt mit den PatientInnen steht, vorgenommen werden.</p>

7	1	KBV/DK G		Wir unterstützen 7. mit der notwendigen 24h Erreichbarkeit, die über NetzverbundteilnehmerInnen oder KooperationspartnerInnen (Krankenhäuser, Krisendienste) erreicht werden kann. 9.: Es müssen regelmäßige Netzverbundkonferenzen abgehalten werden sowie patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen (10.)
7	4	KBV/Pa tV	Die Koordination kann dann erfolgen, wenn die Arbeit der feldkompetenten NetzverbundteilnehmerInnen am/an der PatientIn dadurch verbessert wird. Die Koordinationsaufgaben wie in §6 beschrieben müssen innerhalb der NetzverbundteilnehmerInnen bleiben.	Bei größeren Netzverbänden ist eine solche Koordination sicherlich hilfreich. Sie darf auf keinen Fall die patientenbezogene Koordination betreffen, die ihrerseits von feldkompetentem NetzverbundteilnehmernInnen geleistet wird.
8	1-6			Bei der Definition des Zugangs entscheiden sich die formalen und informellen Selektionsmechanismen.

8	2		Übernahme KBV mit dem Zusatz: „Sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Beratungsstellen und psychiatrische Institutsambulanzen können eine Empfehlung aussprechen.“	Ohne diesen Zugang haben ein Großteil der betroffenen PatientInnen-Gruppen keine Chance, die in der Richtlinie vorgesehene Komplexbehandlung zu erhalten.
8	3	GKV- SV/DK G	Die Beteiligung des Krankenhaus- Entlassmanagements wird als eine Möglichkeit des Zugangs unterstützt.	
9	1		Zustimmung zu KBV/PatV mit dem Zusatz: „Die Diagnostik ist prozesshaft zu verstehen. Gerade bei schwierigen PatientInnen muss damit eine vertrauensbildende Kontaktaufnahme verbunden sein.“ Vorschlag statt “Gesamtbehandlungsplan” “vorläufiger Behandlungsplan”	PatientInnen mit krankheitsimmanentem Mißtrauen oder (auch sekundärer) Traumatisierung, Zwangsbehandlungserfahrung und wiederholten Behandlungsabbrüchen, für die diese Richtlinie explizit gedacht ist, benötigen unter Umständen mehr als einen Termin für die Diagnostik und die Festlegung eines Gesamtbehandlungsplans. Die Diagnostik ist bei diesen PatientInnen oft prozesshaft und die Festlegung eines Gesamtbehandlungsplans benötigt einen zeitlichen Verhandlungsspielraum
9	3		Der Hinweis auf Angebote außerhalb des SGB V Bereichs muss erfolgen.	Angebote außerhalb des SGBV-Bereichs sollten Teil des Netzwerks bzw. der Kooperationspartner sein.
9	6	GKV- SV	Verortung dieser Regelung hier oder in §4 Abs 4	Eine konzeptuelle vor allem aber auch personelle Kontinuität der Behandlung muss ermöglicht werden, da diese bei schwer oder komplex psychisch Kranken über einen längeren Zeitraum notwendig ist und auch die Fortführung nach Rückführung in die Regelversorgung sinnvoll gestalten hilft.




9	7	KBV/PatV	Übernahme KBV/ PatV: „Die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung muss Teil des Netzwerks sein.“	Diese aufsuchende Leistung als (befristete) Möglichkeit zu integrieren, muss Ziel der Netzwerke sein. Nur so ist die Fixierung von Komplexleistung auf den Bereich der stationären Behandlung aufzuheben.
9	8	Neu!	Der Zugang zu Richtlinien-Psychotherapie muss Teil des Angebots sein.	Ob die PatientInnen mit schwerer Erkrankung und komplizierenden Behandlungsbedingungen erreicht werden können, hängt i.W. von der angebotenen Beziehungsqualität ab. Umgekehrt hat diese PatientInnen-Gruppe oft erst im Rahmen einer Komplexbehandlung die Chance, die psychotherapeutische Leistungen zu bekommen, die in den einschlägigen Leitlinien für schwere psychische Erkrankungen auch im akuten und langfristigen Verlauf indiziert und wirksam sind und somit dringend empfohlen werden.

10	Vor (1)	neu	<p>„Der Gesamtbehandlungsplan wird nach den Maßgaben des Dialogs/ Trialogs erstellt. Ziel bleibt die maßgebliche Beteiligung des/r PatientenIn, die selbstverständliche Einbeziehung der nahen Angehörigen und die Stärkung von Autonomie und Selbstwirksamkeit. Ein psychotherapeutischer Gesamtbehandlungsplan, der die Problemlage des/r PatientIn abbildet und ein kontinuierliches konsensuell abgestimmtes Procedere einschließt, ist ein notwendiger Bestandteil der Komplexleistung. Arbeit mit und an der therapeutischen Beziehung ist bei schwer oder komplex und langfristig erkrankten Menschen ein zentraler Baustein und muss professionell erbracht werden.“</p>	<p>Dieser psychotherapeutische Gesamtbehandlungsplan, der möglichst personelle, immer aber konzeptuelle Kontinuität erfordert und der bei den Netzverbund-Treffen ggf. modifiziert und an aktuelle Entwicklungen angepasst wird, ist streng von einem organisatorischen Gesamtbehandlungsplan, wie er etwa auch in Kurkliniken angewendet wird, zu unterscheiden. Professionelle Arbeit an der Beziehung (Psychotherapie) und die Verbindung dieser Arbeit mit dem Umfeld des/r PatientIn ist aus unsrer Sicht der zentrale und langfristig wirksame Behandlungsschritt.</p>
----	---------	-----	--	--

11		PatV	<p>Der DDPP unterstützt diese Definition, weil sie am deutlichsten die maßgebliche Beteiligung der PatientInnen selbst betont. Entsprechen plädieren wir für diesen Zusatz:</p> <p>„Bei der Definition der vorzuhaltenden Behandlungsdichte-/Qualität ist zu berücksichtigen, dass gerade bei PatientInnen mit schwerer Erkrankung und komplizierenden Bedingungen schnelle Änderungen und Anpassungen möglich sein müssen.“</p>	
12	Vor 1	neu	<p>„Bei Bedarf muss auch eine sektorenübergreifende Behandlung möglich sein.“</p>	<p>Die Regelung des Sektorenübergangs alleine muss bei manchen PatientInnen unzulänglich bleiben. Als Option muss eine sektorenübergreifende Behandlung bei besonderem Bedarf möglich sein. Damit ist eine strukturübergreifende Behandlungskontinuität gemeint.</p>

13	Vor 1		<p>„Bei PatientInnen mit wiederholter stationärer Einweisung und Zwangsbehandlungen kann deren Vermeidung schon lohnendes Ziel sein.</p> <p>Eine Überleitung in die Regelversorgung sollte möglichst in Personalunion durch einen/einige der NetzwerkteilnehmerInnen erfolgen, um bestehende therapeutische Beziehungen und die konzeptuelle und personelle Kontinuität in der Behandlung zu nutzen.“</p>	<p>Eine zu enge Zielsetzung kann Veränderung be- oder sogar verhindern. Gerade bei PatientInnen mit schwerer Erkrankung und komplizierenden Behandlungsbedingungen kann die positive Prognose relativ sein und sollte immer subjektorientiert erfolgen.</p>
Leistungsmodule		KBV	<p>Übernahme der KBV Variante, allerdings müssen sich die Leistungsmodule auf patientennahe Leistungen, die u. a. dem Beziehungsaufbau, der Krisenintervention, der Angehörigen- und Netzwerkarbeit sowie dem Überleitungsmanagement dienen, konzentrieren.</p>	

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

 <p><i>Wir sind für Sie da!</i></p> <p>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.</p>				
<p><b>Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland BED e.V.</b></p>				
<p><b>26. Januar 2021</b></p>				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p><i>Beispiele:</i></p>				
1	2	KBV/DKG/PatV	Die Aufnahme wird befürwortet	Die umfassende Benennung der Behandlungsbedarfe sorgt für Eindeutigkeit und Klarheit
1	2	KBV/DKG/PatV	Zu 1: Die Aufnahme wird befürwortet	Nur eine wohnortnahe Versorgung, ist ein niedrigschwelliger Zugang zur Versorgung
1	2	KBV/DKG/GKV-SV	Zu 3-Änderungsvorschlag: Die Versorgung nach dieser Richtlinie <b>kann</b> für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten <b>implizieren</b> .	Eine positive Folge der Richtlinie und der Versorgungsform kann eine Verkürzung oder Vermeidung von <b>stationären Aufenthalten sein</b> . Der Zusammenhang ist aber eben nicht grundsätzlich kausal zwingend. Der Passus darf nicht dazu führen, dass erforderliche Krankenhausbehandlungen nicht rechtzeitig

				erkannt und nicht oder erst verspätet eingeleitet werden.
1	3	KBV/PatV	Die Aufnahme wird abgelehnt.	Um eine angemessene Heilmittelversorgung zu ermöglichen. Die Steuerungsmöglichkeiten sind nach § 73 Absatz 2 nur einer Bezugärztin oder einen Bezugsarzt möglich.
2	1	KBV/DKG/PatV	Die Definition wird mit sämtlichen Ergänzungen befürwortet	Dem Gesetzgeberischen Auftrag wird durch diese Definition im vollen Umfang nachgekommen.
2	2	KBV/DKG/PatV	Die Beschreibung wird befürwortet	Dem Gesetzgeberischen Auftrag wird durch jene Beschreibung im vollen Umfang nachgekommen.
2	3	PatV	Die Ausführung wird befürwortet	Die prägnante Formulierung sorgt für Eindeutigkeit und Klarheit. Die Ausführungen in den Tragenden Gründen überzeugen.
3	1	KBV/PatV	Zu 5: Die Aufnahme wird befürwortet	Die Ausführungen in den Tragenden Gründen dazu überzeugen.
4	1	KBV	Die Aufnahmen werden befürwortet	Nur eine wohnortnahe Versorgung, ist ein niedrigschwelliger Zugang zur Versorgung. Eine gelingende multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzt zudem das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligten Gesundheits(fach)berufe, und dies unabhängig von deren institutioneller Verortung, voraus.

4	3	GKV-SV	Die Zusammensetzung und Anzahl der Netzwerketeiligten wird befürwortet	Auf Grund des Fachkräftemangels gefährdet eine größere Mindestanzahl eine wohnortnahen Versorgung.
4	5	GKV-SV, KBV, DKG sowie PatV	Änderungsvorschlag: Es ist eine Formulierung zu wählen, die es sämtlichen Einrichtungen und Leistungserbringenden ermöglicht im Sinne des Versorgungszieles mit dem Netzwerk kooperieren zu können.	Bestmögliche Erreichung des Versorgungszieles.
4	10	KBV	Die Formulierung wird befürwortet	Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in angemessener Weise
6	1	KBV/DKG	Die Formulierung wird befürwortet	Weisungsgebundenheit wie von GKV-SV/PatV vorgeschlagen widerspricht dem Netzwerkgedanken und passt nicht in das Bild einer interprofessionellen Zusammenarbeit.
8	2	PatV	Die Definition wird befürwortet	Der Zugang hat so niedrigschwellig wie möglich zu erfolgen, um den Erfolg der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierte Versorgung zu gewährleisten.

### Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

**Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.**

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
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"/>





**BAG**  
**Psychiatrie**

---

Bundesarbeits-  
gemeinschaft  
der Träger  
Psychiatrischer  
Krankenhäuser

**Gemeinsamer Bundesausschuss**  
**Postfach 120606**  
**z.H. Edith Pfenning**  
**10596 Berlin**

Per mail: [skv@g-ba.de](mailto:skv@g-ba.de)

## **Stellungnahme**

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser in  
Deutschland (BAG Psychiatrie)**

**zur**

**G-BA Erstfassung: Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende,  
koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch  
kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder  
psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

München, den 26.01.2021

Sehr geehrter Herr Professor Hecken,

als Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland (BAG Psychiatrie) bedanke ich mich für die Zulassung zum Stellungnahme-Verfahren zur oben genannten Erstfassung der Richtlinie gemäß §92 (6) SGB V.

Die BAG Psychiatrie vertritt die Interessen von bundesweit etwa 90% aller psychiatrischen Krankenhausträger mit psychiatrischem Pflichtversorgungsauftrag in Deutschland. In vielen Bundesländern und Regionen fungieren die Mitglieder der BAG Psychiatrie mit ihren psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß §118 (1) (2) (4) seit vielen Jahren und quantitativ stetig zunehmend als Ausfallbürgen für die regional zusammenbrechende vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren und komplex zu versorgenden psychischen Erkrankungen.

Die ambulante, multiprofessionell organisierte und vernetzte psychiatrisch-psychotherapeutisch Versorgung von Menschen mit schweren und komplex mehrdimensional zu versorgenden Erkrankungen ist seit über 20 Jahren Kernaufgabe der psychiatrischen Institutsambulanzen in ganz Deutschland. Im §118 (1), (2) und (4) sind Auftrag und Zielgruppen dieser ambulanten Versorgung beschrieben. Für mehr als 2 Millionen komplex zu versorgende Patientinnen und Patienten in Deutschland versuchen die psychiatrischen Kliniken über die multiprofessionell und regional bedarfsorientiert aufgestellten PIA-Strukturen - mit den besonderen Mitteln der Kliniken - die ambulante

psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Zusammenarbeit und ergänzend mit dem vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich zu sichern.

**Die Mitglieder der BAG Psychiatrie haben zusammen mit vielen anderen Verbänden, insbesondere den psychiatrischen Fachgesellschaften, große Hoffnungen in diese neue G-BA-Richtlinie für die ambulante psychiatrische Versorgung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf gesetzt. Hoffnung war, dass mit dieser Richtlinie tatsächlich die Sektoren - sowohl innerhalb des SGB V aber auch darüber hinausgehend die anderen SGB-Bücher – adressiert würden – damit die Versorgungssituation der im Titel der RL als Zielgruppen adressierten Menschen wirklich relevant verbessert werden kann und frühdiagnostisch als auch sekundärpräventiv der Bedarf der Patienten besser als bisher formuliert werden kann.**

Leider enttäuscht die jetzt vorgelegte erste Fassung der Richtlinie alle in sie gesetzten psychiatrisch-versorgungsstrategischen und politischen Erwartungen bzgl. sektorenübergreifender Ansätze sowohl fachlich als auch hinsichtlich der strukturell-organisatorischen Vorschläge. Die vorgelegte G-BA-Richtlinie ignoriert z.B. vollständig relevante Patienten-Zielgruppen im vertragsärztlichen Bereich wie z.B. die Gruppe der Menschen in der Frühphase dementieller Erkrankungen bzgl. komplexer und ggf. aufsuchend erforderlicher Diagnostik und Therapien. Aber auch für etliche weitere Zielgruppen formuliert die Richtlinie ein vor allem organisatorisches Bürokratie-Korsett – mit einem unrealistischen Anspruch an die Adhärenz und Compliance der Menschen in dieser Versorgung. Genau diese Anforderungen an Compliance erfüllt die Zielgruppe oft nicht.

In den tragenden Gründen zu dieser Richtlinie wird vom GKV-SV formuliert, dass die Versorgung nach der vorgelegten Richtlinie - **die hauptsächliche Regelversorgung** von komplex zu versorgenden Patienten mit psychischen Erkrankungen werden soll - und die PIAs der Kliniken auf eine letzte Rückfalllinie reduziert werden sollen, die fallweise in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden können.

Fakt ist, dass die Zahl der niedergelassen psychiatrisch-psychotherapeutischen und nervenärztlichen Vertragsärztinnen und Ärzten und Vertragspsychotherapeuten als Hauptakteure dieser G-BA Richtlinie in Deutschland absehbar nicht relevant steigen wird. Fakt ist auch, dass sehr viele Patientinnen und Patienten aktuell nach einem Klinikaufenthalt keine zeitnahen Termine im vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich bekommen und daher bestmöglich und zumindest vorübergehend über die PIAs eine Weiterversorgung bekommen.

Durch die finanzielle Neubewertung bzw. erwartete erhebliche Aufwertung der koordinierenden Leistung im Rahmen dieser G-BA-Richtlinie sollen die Vertragsärzte und Psychotherapeuten ermutigt werden, sich der komplexer zu versorgenden Zielgruppen intensiver als bisher zuzuwenden.

Da wir realistisch nicht davon ausgehen können, dass die Vertragsärztinnen und Ärzte und die Vertragspsychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Ihre bisherigen Arbeitsressourcen für die neue Aufgabe gemäß §92 (6b) SGB V „frei“ gehalten haben, muss die Frage geklärt werden, wer dann die bisherigen Versorgungsaufgaben der niedergelassenen Vertragsärzte und Psychotherapeuten erfüllt, die nach meiner Kenntnis bisher auch vollständig ausgebucht waren.

Die neue G-BA-Richtlinie bringt in unseren Augen keinerlei Verbesserung für die ambulante, wohnweltnahe Versorgung von Menschen mit tatsächlich komplexem psychischen Erkrankungen.

**Die BAG fordert daher, neben der Berücksichtigung der grundsätzlich angemerkten Kritikpunkten die Änderungsbedarfe gemäß der DKG-Stellungnahme, die abgestimmt ist.**

Ich bin Ihnen sehr verbunden, wenn die genannten Punkte im weiteren Abstimmungsverfahren der Richtlinie umfassend berücksichtigt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Gez. Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach

Vorsitzende

## **B-7 Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten**



## Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Berufsverband Deutscher Nervenärzte	Dr. med. Klaus Gehring	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)	Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Dr. med. Roland Urban	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)	Dipl.-Psych. Susanne Berwanger	nein	nein	nein	nein	ja	nein
	Dr. Johanna Thünker	nein	nein	nein	nein	ja	nein
Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.	Dr. med. Sylvia Claus	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	Timo Harfst	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten bvvp e.V. (BVVP)	Dipl.-Psych. Ulrike Böker	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Angelika Haun	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED)	Christine Donner	ja	nein	nein	nein	nein	ja
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP)	Stefan Meir	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dachverband deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie e.V.	Prof. Dr. Dorothea von Haebler	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (DVGP)	Nils Greve	ja	nein	nein	nein	nein	nein

## Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	Anke Virks	befreit von der Offenlegung von Interessenkonflikten					
Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/ Psychodynamische Psychotherapie e. V.	Dipl.-Psych. Antje Orwat-Fischer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Dr. med Christian Dürich	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)	Dorothea Sauter	ja	nein	ja	ja	nein	nein
	Prof. Dr. Michael Löhr	ja	nein	ja	ja	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	Dipl.-Psych. Georg Schäfer	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Ingrid Moeslein-Teising	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	Prof. Dr. med. Johannes Kruse	ja	ja	nein	ja	ja	nein
Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (DGSPS)	Michael Müller-Mohnssen	ja	ja	nein	nein	nein	nein
	Angela Buchholz	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT)	Monika Bormann	nein	nein	nein	nein	nein	nein

## Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV)	Dipl.-Psych. Christa Leiendecker	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)	Enno Maaß	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	Dr. Franz-Peter Begher	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Bettina Lauterbach	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Caritasverband e. V.	Dr. Elisabeth Fix	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.) Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen	Dr. Rüdiger Hannig	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V.	Prof. Dr. med. Markus Blankenburg	nein	nein	ja	ja	ja	nein
Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.	Prof. Dr. Jutta Billino	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Dr. Steffen Aschenbrenner	ja	ja	ja	nein	ja	ja
Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)	Alicia Navarro-Ureña	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Dr. Michael Krebs	ja	nein	nein	nein	nein	ja
Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV)	Dr. Anja Esther Baumann	nein	nein	nein	nein	nein	nein



## Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)	Dr. med. Heiner Heister	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Spitzenverband ZNS	Dr. med. Uwe Meier	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	RA Bernhard Michatz	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauch	Ilka Kraugmann	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Alex Stern	nein	nein	nein	ja	nein	nein
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e.V. (VKD)	Holger Höhmann	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)	Ludwig Klitzsch	ja	nein	nein	nein	nein	ja
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V. (VAKJP)	Bernhard Moors	nein	ja	ja	nein	nein	nein

## **Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten**

### **Frage 1: Anstellungsverhältnisse**

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

### **Frage 2: Beratungsverhältnisse**

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

### **Frage 3: Honorare**

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

### **Frage 4: Drittmittel**

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

### **Frage 5: Sonstige Unterstützung**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von

## **Teilnahme an der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten**

Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### **Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

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

**B-8 Wortprotokoll der Anhörung**

# Wortprotokoll



**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte  
und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer  
psychisch kranke Versicherte mit komplexem  
psychiatrischen oder psychotherapeutischen  
Behandlungsbedarf**

Vom 4. Mai 2021

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	13:00 Uhr
Ende:	17:04 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

## **Teilnehmer der Anhörung**

Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK):  
Herr Prof. Dr. Brieger

Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung e.V. (AG ADHS):  
Herr Broer

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie  
an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa):  
Frau Dr. Wilms

Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V. (BPM):  
Herr Dr. Hartkamp

Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. (BV SozTh):  
Herr Hibler  
Frau Wiesner

Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN):  
Herr Dr. Gehring

Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP):  
Frau Dr. Roth-Sackenheim  
Herr Dr. Urban

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP):  
Frau Berwanger  
Frau Dr. Thünker

Bundesdirektorenkonferenz, Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für  
Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BDK):  
Frau Dr. Claus

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK):  
Herr Harfst

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp):  
Frau Böker  
Frau Haun

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED):  
Frau Donner

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP):  
Frau Meir

Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e. V. (DDPP):  
Frau Prof. Dr. von Haebler

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (DVGP):  
Herr Greve

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI):  
Frau Virks

Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte  
Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie e. V. (DFT):  
Frau Orwat-Fischer  
Herr Dr. Dürich

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP):  
Frau Sauter  
Herr Prof. Dr. Löhr

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und  
Nervenheilkunde e. V. (DGPPN):  
Herr Prof. Dr. Pollmächer

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und  
Tiefenpsychologie e.V. (DGPT):  
Herr Schäfer  
Frau Moeslein-Teising

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.  
(DGPM):  
Herr Prof. Kruse

Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (DGSPS):  
Herr Müller-Mohnssen  
Frau Buchholz

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT):  
Frau Bormann

Deutsche Psychoanalytische Vereinigung e.V. (DPV):  
Frau Leiendecker

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV):  
Herr Dr. Maaß

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG):  
Herr Dr. Begher  
Frau Lauterbach

Deutscher Caritasverband e. V. (DCV):  
Frau Dr. Fix

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK):  
Herr Dr. Hannig

Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP):  
Herr Prof. Dr. Blankenburg

Gesellschaft für Neuropsychologie e. V. (GNP):  
Frau Prof. Dr. Billino  
Herr Dr. Aschenbrenner

Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB):  
Frau Navarro-Ureña  
Frau Dr. Krebs

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV):  
Frau Dr. Baumann

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa):  
Herr Dr. Heister

Spitzenverband ZNS (SPIZ):  
Herr Dr. Meier  
Herr Michatz

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM):  
Frau Kraugmann  
Herr Stern

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschland e. V. (VKD):  
Herr Höhmann

Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in  
Deutschland e. V. (VPKD):  
Herr Klitzsch

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V.  
(VAKJP):  
Herr Moors

Beginn der Anhörung: 13:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich darf Sie ganz herzlich im Namen des Unterausschusses adhoc 92-6b zur mündlichen Anhörung der Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

Schön, dass Sie alle da sind. Schön, dass Sie von der Möglichkeit Gebrauch machen, hier an der mündlichen Anhörung im Rahmen unseres Stellungsnahmeverfahrens teilzunehmen. – Bevor ich einige organisatorische Aspekte für das Weitere bekanntgebe, nur der kurze Hinweis: Für uns alle ist es essentiell, dass Sie, wenn Sie nicht sprechen, Ihr Mikrofon ausstellen.

Wir haben insgesamt 58 stellungnehmende Organisationen heute hier in der mündlichen Anhörung und 51 Personen.

*[Begrüßung der Stellungnehmer und Stellungnehmerinnen.]*

Wir haben alle Ihre Stellungnahmen aufmerksam gelesen und gewürdigt. Viele sind ja auch recht kritisch, aber ich kann Ihnen sagen: Wir haben wirklich alle zur Kenntnis genommen und uns für diese Anhörung überlegt, da Sie so viele sind, so viele Organisationen, dass wir es gern so machen, würden, dass wir mit den Fragen der Träger respektive der Patientenvertretung beginnen. Dazu haben wir es ein bisschen thematisch geclustert.

Wir haben insgesamt vier Stunden für diese Anhörung vorgesehen, nach circa zwei Stunden werden wir eine Pause machen. Wir haben grobe Vorstellungen, wieviel Zeit wir für die einzelnen Blöcke haben, in deren Rahmen Fragen gestellt werden können. Größtenteils haben die Fragestellenden auch gleich eine Organisation, die sie mit ihrer Frage adressieren. Selbstverständlich können Sie aber ergänzen. Ich würde Sie für Wortmeldungen bitten, sich über die Chatfunktion zu melden. Sollten Sie Kommentare in den Chat stellen wollen, würde ich Sie bitten, diese an Frau Dr. Pfenning zu adressieren. Sie sitzt hier an meiner Seite und unterstützt mich neben weiteren Mitarbeiterinnen aus der Geschäftsstelle.

Wir erzeugen von dieser Anhörung eine Aufzeichnung. Ich gehe davon aus, dass Sie damit einverstanden sind, sonst haben Sie jetzt letztmalig die Chance, zu widersprechen. Ansonsten setzen wir Ihr Einverständnis voraus. – Wenn es keine weiteren Fragen gibt, können wir beginnen.

**Frau Leiendecker (DPV):** Ich kann die Chatfunktion nicht aufrufen und frage daher, ob ich mich – und eventuell auch andere – per Handheben melden kann.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Wir probieren es einfach, und wenn es nicht funktioniert, müssten Sie gnadenlos dazwischenreden.

Ich will kurz sagen, welche Themenblöcke wir vorgesehen haben. Als Erstes „Einzubeziehende Personengruppe“ – einzubeziehen in die Versorgung nach dieser Richtlinie. Dahinter verbirgt sich „Indikationen und Fremdeinschätzungsinstrumente“. Dann haben wir vorgesehen „Beteiligung der PIAs und Krankenhäuser im Netzverbund“, also §§ 3 und 4. Dann „Aufbau und Struktur des Netzverbundes“, „Bezugsarzt, Bezugstherapeutin“ und „Koordination der Versorgung der Patienten“ und „Netzbeauftragte“ sowie die beiden Punkte „Behandlung in der Häuslichkeit“ und „Verlaufskontrolle und Beendigung strukturierter Versorgung“. Ich denke, dass sich alle wesentlichen Aspekte aus Ihren Stellungnahmen unter diesen Punkten subsumieren lassen. Sollten bestimmte Punkte, die Ihnen besonders wichtig sind, im Verlauf der Anhörung nicht adressiert werden, haben Sie gegen Ende der Anhörung auf jeden Fall Zeit, diese Punkte noch zu platzieren.



Wir könnten beginnen, und zwar mit dem ersten Themenkomplex: „Einzubeziehende Personen, Patientengruppe“, „Indikationen und Fremdeinschätzungsinstrumente“. Wir haben für diesen Themenblock circa 30 Minuten vorgesehen. Ich richte die Frage an die Träger, wer mit den Fragen beginnen möchte. – Herr Dr. D. vom GKV-SV.

**GKV-SV:** Vielen Dank, Frau Lelgemann. Vielen Dank auch an Sie alle, dass Sie heute den nicht so weiten Weg nach Berlin gemacht haben. Wir sind natürlich an den Überlegungen interessiert, die hinter den Stellungnahmen stehen, und ich beginne jetzt einmal mit den Fragen. Die erste Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie und den Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland:

In Ihrer Stellungnahme haben Sie sich gegen den Einschluss der Demenzerkrankungen – also das ICD-Kapitel F0 – ausgesprochen, weil diese Patientengruppe einer spezifischen Versorgungsstruktur bedarf. Könnten Sie dies näher erläutern? Wo würden Sie die Versorgung von Demenzkranken verorten und wie sollte sie idealerweise gestaltet werden?

**Herr Prof. Kruse (DGPM):** Zunächst muss man sagen, dass die Versorgung von Demenzerkrankungen nicht gerade Versorgungsschwerpunkt der Psychosomatischen Medizin ist. Ich glaube, die Neurologen, die Psychiater – diese Verbände – könnten besser über die ideale Versorgung dieser Patientengruppen Auskunft geben. Aber es ist eine sehr heterogene Patientengruppe, und die bedarf eben einer spezifischen Diagnostik und Behandlung. Die ist in den S3-Leitlinien eigentlich gut dargestellt und wird auch zum Beispiel in einigen Memory-Kliniken sehr gut praktiziert, unter gerontopsychiatrischer oder neurologischer Leitung mit Einschluss von neuropsychologischer Testung und somatischer Abklärung. Viele dieser Patienten bedürfen auch einer intensiven somatischen Abklärung.

Wir haben uns gegen die Demenzerkrankung als Anschlusskrankung entschieden, weil wir denken, dass es wichtig ist, diese strukturierte Versorgung sehr zielgenau an die Bedürfnisse einer Patientengruppe anzupassen mit starkem psychiatrisch-psychotherapeutischen, psychosomatischen Versorgungsbedarf. Und die Sorge ist, dass wir, wenn wir diese Gruppe zu breit machen bei Regionen, die jetzt auch keine riesengroßen Netze haben, diese Netze überfordern und nicht zielgenau auf die eigentliche Zielgruppe dieser strukturierten Versorgung abzielen können. Von daher das Plädoyer, diese strukturierte Versorgung nicht zu breit aufzustellen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ich glaube, Sie hatten noch eine zweite Gruppe adressiert?

**Herr Klitzsch (VPKD):** Ich schließe mich Herrn Kruses Ausführungen an. Dem habe ich nichts hinzuzufügen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ist die Frage damit beantwortet, Herr D. [GKV-SV]?

**GKV-SV:** Natürlich – unter dem Gesichtspunkt der Zeitökonomie.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay, vielen Dank. – Mir gibt das die Chance, einen unverzeihlichen Fehler auszubügeln. Ich habe versäumt, den Stellvertretenden Vorsitzenden in diesem Unterausschuss, aber insgesamt natürlich den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses zu begrüßen: Herrn Prof. Hecken. Ebenfalls habe ich versäumt, Frau Dr. Tautz als Vertreterin des BMGs zu begrüßen. Ich bitte den Fehler zu verzeihen. Herzlich willkommen!

Dann fahren wir mit weiteren Fragen fort, und zwar hat sich Frau R., Deutsche Krankenhausgesellschaft, gemeldet.

**DKG:** Eine kurze organisatorische Nachfrage. Jetzt kommen von den Teilnehmern Wortmeldungen. Zum Beispiel sehe ich Frau Claus, die, wie ich vermute, zu der eben genannten Frage etwas sagen will. Wie wollen wir damit umgehen? Wollen wir im Anschluss dazu kommen, oder soll ich jetzt meine Frage stellen, die in eine andere Richtung geht?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für die Unterstützung. Wenn Sie eine andere Frage haben, würde ich Frau Claus jetzt kurz das Wort erteilen.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Ich möchte kurz zu der Haltung im Hinblick auf die Demenzerkrankungen Stellung nehmen. Wir sehen das nicht so. Wir finden es insbesondere wichtig, dass Demenzerkrankungen genauso wie Menschen mit Suchterkrankungen dabei sind bei der koordinierten und strukturierten Versorgung, weil es aus Sicht der Kliniken so ist, dass es insbesondere für diese Patientengruppen – nämlich suchterkrankte Patienten und Demenzpatienten – besonders schwierig ist, ambulante komplexe Versorgungen zu erhalten. Zum Beispiel auch, was Psychotherapie für diese Gruppen angeht, ist die ganz schwierig zu bekommen, und die Demenzpatienten haben wirklich einen komplexen Hilfebedarf. Deswegen würden wir an der Stelle eine andere Haltung vertreten als die Gesellschaft für Psychosomatik.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Claus. – Ich bekomme hier auch Kommentare, dass sich ein Teil dieser Organisationen dieser Stellungnahme oder dieser Äußerung anschließt. Das ergibt sich ja auch aus Ihren schriftlich eingereichten Stellungnahmen – das nehmen wir hier selbstverständlich zur Kenntnis –, also zum Beispiel die DGPPN, ackpa, die FFP schließen sich an. Das nehmen wir selbstverständlich zur Kenntnis.

Gibt es weitere Fragen zu dem Thema Demenzkranke in diese Richtlinien einzubeziehen – ja oder nein? Es haben sich aus dem Kreis gemeldet Frau R. [DKG] – sie hatte schon gesagt, dass sie eine andere Frage hat –, Herr H. [KBV] und Herr D. [PatV]. Beziehen sich Ihre Fragen, Herr H. [KBV] und Herr D. [PatV], auf dieses Thema?

**KBV:** Auf die Einbeziehung der Demenz, ja.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Herr H. [KBV], bitte.

**KBV:** Vielen Dank, Frau Lelgemann. Ich habe eine Frage, die sich an den Spitzenverband ZNS richtet, an Herrn Meir. In § 2 Abs. 2 nennt der Richtlinienentwurf die psychischen Erkrankungen, die für eine Versorgung nach dieser Richtlinie relevant sind. Sollte nach Ihrer Einschätzung neben dem Kapitel F10 – F99 des ICD-10 auch das Kapitel F0 einbezogen werden? Das ist ja ein bisschen mehr denn noch als allein die Demenzerkrankungen. Wie können Patientinnen und Patienten, bei denen eine demenzielle Erkrankung oder zum Beispiel eine organisch bedingte psychische Erkrankung vorliegt, von der hier entwickelten Versorgungsstruktur profitieren?

**Herr Dr. Meier (SPIZ):** Die Antwort lautet: Unbedingt ja! Es sollten wirklich alle Kapitel mit einbezogen werden. Ich muss sagen: Der Gesetzgeber hat ja nicht ohne Grund hier eine neue Versorgungsform ins Leben gerufen, die psychische Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf adressiert. So, wie das eben auf die eigentlichen Patienten eingeeengt wurde, muss man sagen: Wer sind die denn? Es sind eben die Patienten, die einen komplexen Behandlungsbedarf haben. Wir brauchen diese Versorgungsform unbedingt. Wir begrüßen die Initiative außerordentlich. Wir können hier nicht zwei Klassen von Patienten mit psychischen Erkrankungen schaffen, sondern müssen alle Patienten einbeziehen, die diesen komplexen Behandlungsbedarf haben. Dazu gehören demente Patienten unbedingt. Und auch was vorhin schon vom BDK gesagt wurde, können wir nur unterstreichen. Es ist äußerst schwierig, die Patienten in ihrer Komplexität zu begleiten. Der Koordinationsbedarf ist immens. Mir fällt kein Grund ein, aus dem man diese Patientengruppe ausschließen sollte.

Dasselbe gilt auch für andere Patienten mit hirnorganisch bedingten psychischen Symptomen. Ich denke etwa an Patienten nach Schädel-Hirn-Trauma. Sie haben einen besonders komplexen Koordinationsbedarf, damit sie wieder in die Teilhabe kommen. Die psychosozialen Folgen sind immens, übrigens auch die volkswirtschaftlichen Folgen. Das gilt auch für Patienten mit entzündlichen Hirnerkrankungen, wie Patienten mit Multipler Sklerose, wo es darum geht, genau diese Teilhabe zu erhalten. Das kann man auch nicht wegdelegieren. Es gibt diese Komplexität in der Versorgung nicht und die Strukturierung, und wir können diese Patienten auch nicht psychiatrisieren.

Als Beispiel: Wenn wir Patienten mit Multipler Sklerose nehmen: Die haben ihre ausgeprägten Fatigue-Symptome, die ganz einschränkend sind, und nicht nur psychisch, sondern auch motorisch. Sie haben ihre kognitiven Probleme und auch noch affektive Probleme, die man nicht allein psychodynamisch erklären kann, und das braucht auch ein entsprechendes Know-how, diese Patienten zu koordinieren, was eben auch die Neuropsychologen einbeziehen muss. Das ist auch eine anerkannte Psychotherapieform, die hier eigentlich komplett hinten runterfällt. Diese Patienten sind nicht nur durch ihre affektiven Einschränkungen gehandicapt, sondern zusätzlich auch noch durch die kognitiven, und da gibt es einen besonderen Bedarf, die komplexen Behandlungsangebote zu koordinieren. Deswegen gehören die unbedingt hier hinein. Wir dürfen diese Patientengruppe mit Hirnschädigung nicht diskriminieren und hier von zwei Patientengruppen als zwei Klassen sprechen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, dann ist die Frage an Herrn D. [PatV], ob sich seine Frage auch auf den Einschluss einer – welcher – Patientengruppe bezieht. – Sonst wäre erst einmal Frau R. [DKG] oder Herr D. [GKV-SV] an der Reihe.

**PatV:** Meine Frage bezieht sich auch auf die Patienten mit Demenz und mit anderen hirnorganischen Erkrankungen. Ich bin für die Einbeziehung dieser Patienten. Ich möchte fragen, wie man die Differenzialdiagnose in dem Bereich stellen kann, wenn zum Beispiel kein Neurologe im Netzwerk dabei ist und wenn sich ergibt, dass es neurologischer Expertise bedarf. Es ist ohne Weiteres sinnvoll, einen Neurologen einzubeziehen. Ich denke, es ist auch wichtig, dass man die richtige Differenzialdiagnose stellt, denn es gibt da beispielsweise auch die depressive Pseudodemenz. Ich möchte vielleicht die DGPPN und die BDK danach fragen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr D. [PatV]. – DGPPN, möchten Sie antworten?

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Danke, Herr D. [PatV]. Das zeigt ja gerade die Komplexität des Problems. Die Richtlinie richtet sich ja auf die Versorgung von Menschen mit schweren Erkrankungen mit komplexem Behandlungsbedarf, und das ist eben gerade bei psychischen Erkrankungen und auch bei solchen des Kapitels F0 ja nicht diagnosespezifisch. Es wäre deswegen völlig falsch, solche Patienten auszuschließen. Aber es ist auch richtig, dass natürlich bei diesen Patienten immer auch ein komplexer Diagnostikbedarf herrscht. Deswegen ist es aus unserer Sicht besonders bedeutsam, dass auch die Fallführung – oder wie man das dann auch immer im Detail in der Richtlinie nennen will – bei einem Arzt liegt, denn egal, ob es sich jetzt um einen neurologischen Kollegen handelt oder um einen Psychiater – am besten sind ja in diesem Netzwerk Psychiater dazu geeignet –, ist dort letztlich das zentrale Wissen verortet, um bei jeder Art von Beschwerden dann auch die entsprechende Differenzialdiagnostik durchzuführen.

Wir unterstützen das, was jetzt schon vielfach gesagt worden ist: dass auch das Kapitel 0 eingeschlossen wird. Das hat aber natürlich zur Voraussetzung, dass die ganze Konzeption des Netzwerks auch tatsächlich – und zwar jedes einzelnen Netzwerks – solchen Patienten gerecht werden kann.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für die Stellungnahme dazu und die Antwort. Ich habe eigentlich eine ältere Wortmeldung von Frau R. [DKG], deswegen meine Frage: Herr D. [GKV-SV] direkt dazu? Sonst wäre jetzt eindeutig die DKG an der Reihe.

**GKV-SV:** Ich will gern noch kurz etwas dazu sagen. Herr Meier hat uns jetzt ja doch einige Vorwürfe hier noch einmal sozusagen mit auf den Weg gegeben. Er hat von Diskriminierung gesprochen, er hat von zwei Klassen von Patienten gesprochen. Ich möchte noch einmal ganz deutlich machen, dass es hier überhaupt nicht um Diskriminierung geht. Es geht auch nicht um zwei Klassen von Patienten, sondern darum, dass die Patienten genau das erhalten, was sie benötigen.

Sie sind ja Neurologe. Wir sollen hier ja eine psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung schaffen. Dass ein Neurologe gegebenenfalls natürlich eingebunden werden muss, ist ganz klar. Aber die zentrale Frage an dieser Stelle ist: Ist sozusagen das Versorgungsangebot, was sehr komplex und aufwendig ist, was hier gestaltet wird, das Richtige für alle Patienten, die es in der Versorgungslandschaft gibt? Das ist natürlich nicht der Fall. Ich glaube, das ist auch genau der Punkt, auf den man hier noch einmal eingehen muss. Es geht nicht darum, Patienten schlechter zu stellen, sondern wir schaffen hier eine spezifische Versorgung. Und wenn man sich beispielsweise Demenzpatienten anguckt, dann stellt man fest, dass es bei Demenzpatienten in der Regel nicht so ist, dass im Vordergrund die ärztliche Kompetenz in der Behandlung steht, sondern sehr viele der Behandlungserfordernisse bei Demenzkranken in einer anderen Richtung gelagert sind. Das können wir durch diese Versorgung nicht gewährleisten, weil sie sich eben auf Psychiatrie und Psychotherapie konzentriert. Das wollte ich in dem Kontext noch einmal sagen, vielleicht auch, um die Position noch einmal deutlicher zu machen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr D. [GKV-SV]. – Dann würde ich jetzt an Frau R. [DKG], Deutsche Krankenhausgesellschaft, abgeben. Frau R. [DKG], bitte.

**DKG:** Meine Frage im Kontext der Definition der Patientengruppe geht in die Richtung: Wir haben ja einerseits die Definition der Diagnosen, aber das Ganze in Verbindung mit der Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus in Verbindung mit dem komplexen Behandlungsbedarf. Wir haben ja sehr unterschiedlich diskutiert, wie die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus erfolgen kann, welche Instrumente zu nutzen sind und ob hier ein Cut-off-Wert eingefügt werden sollte. Hierzu haben wir aktuell tatsächlich immer noch sehr unterschiedliche Auffassungen. Deswegen hier noch einmal meine Frage in Ergänzung zu Ihren Ausführungen in der Stellungnahme – sie richtet sich an die DGPPN, Herrn Pollmächer. Sie hatten in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass Sie den Cut-off-Wert von 50 mit dem GAF für nicht sinnvoll halten, dass auch ein höherer GAF-Wert im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlich sein sollte. Können Sie das näher ausführen?

In Ergänzung dazu: Sie hatten eben konkret auf den GAF abgezielt. Aber wir diskutieren nach wie vor auch darüber, ob nicht auch die Anwendung anderer Instrumente sinnvoll sein könnte, dass also nicht alleinig der GAF als Instrument vorgeschrieben wird. Können Sie dazu auch noch etwas sagen?

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Vielen Dank, Frau R. [DKG]. Wir haben tatsächlich bejaht, dass die GAF eine gute Skala ist, um das zu messen. Sie ist deswegen eine gute Skala, weil im klinischen Alltag natürlich eine zwar halbwegs reliable – unwiederholbare –, aber auch einfache Einschätzung nötig ist. Es hat, glaube ich, relativ wenig Sinn, da sehr komplexe Einschlusinstrumente – ich weiß nicht, woran da gedacht ist –, zum Beispiel die HoNOS-Skala zu verwenden, weil die die Sache am Ende nur zu aufwendig macht.

Die GAF bildet schon eine globale Schwere der Erkrankung ab, die ja gerade bei dieser Art von komplexer Versorgung damit korrelieren sollte, was für Bedarfe da sind. Wo man nun bei einer Skala wie der GAF den Cut-off-Wert einzieht, hängt natürlich von vielen Faktoren ab. Das

hängt unter anderem davon ab, wie intensiv die Leistungen sind, die angeboten werden können. Wir sind der Meinung, dass, wenn man einen GAF von 50 nimmt – das heißt – für diejenigen, die sich nicht täglich mit diesen Skalen beschäftigen –, eine relativ hohe Schwelle setzt – das ist jetzt umgekehrt zur Numerik; ein hoher GAF-Wert heißt ja, dass es dem Patienten gut geht; ein sehr niedriger Wert heißt, dass es dem Patienten schlecht geht –, wenn man also den Cut-off-Wert bei 50 einzieht, dann bleibt das Angebot, das die Richtlinie macht, für einen sehr großen Teil der Patienten nicht zugänglich, weil in dem Bereich zwischen 50 und 60 – das sind mäßig ausgeprägte Symptome – ein großer Teil der Patienten liegt und von diesen Patienten sehr, sehr viele tatsächlich wesentlich mehr als die Standardversorgung brauchen. Das war unser Grund, aus dem wir gesagt haben, wir würden da eher für einen großzügigeren Cut-off-Wert, zum Beispiel von 60, plädieren, auch deshalb – das hängt wieder mit unserer grundsätzlich kritischen Position zu dieser Richtlinie zusammen –, weil wir glauben, dass das Angebot für wirklich schwerkranke Menschen in aller Regel nur sehr bedingt ausreicht und die dann ohnehin die Angebote der psychiatrischen Institutsambulanzen und ähnliche wahrnehmen werden müssen.

Kurz zusammengefasst: Wir glauben, wenn man bei einem GAF von 50 den Cut-off macht, schränkt man den Zugang deutlich zu sehr ein. Wenn man einen Cut-off von 60 nähme, würde das am Ende halbwegs vernünftig ausgehen. – So unsere Position.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Pollmächer. – Ist die Frage ausreichend beantwortet, Frau R. [DKG]? – Dann könnte ich weitergeben. Ich habe eine Wortmeldung von Herrn Dr. B., KBV, direkt dazu. Bitte!

**KBV:** Die Frage bezieht sich auch auf § 2 Abs. 3 – Instrumente zur Fremdeinschätzung –, und die würde ich gern an Herrn Schäfer von der DGPT richten, und zwar: Wie schätzen Sie die Wertigkeit von Fremdeinschätzungsinstrumenten ein? Sollte das tatsächlich obligat vorgesehen werden? Ist es möglicherweise sinnvoll, das fakultativ vorzusehen?

Zweitens die Frage: Wie würden Sie an der Stelle die Wertigkeit des GAF einschätzen – vielleicht auch Bezug nehmend auf die gerade von Herrn Pollmächer gemachten Ausführungen?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Herr Schäfer.

**Herr Schäfer (DGPT):** Vielen Dank für die Frage. Fremdeinschätzungsinstrumente haben sicher einen hohen Stellenwert, aber entscheidend sollte die klinische Beurteilung der Gesamtsituation sein. Das lässt sich auch durch ein standardisiertes Erhebungsinstrument nicht ersetzen, sondern bestenfalls ergänzen. Also es sollten standardisierte Fremdeinschätzungsinstrumente eingesetzt und auch empfohlen werden, aber aus unserer Sicht nicht verpflichtend vorgegeben werden. Und es macht aus unserer Sicht deshalb auch nicht Sinn, sich nur auf ein Instrument zu beziehen. Hier steht die GAF-Skala im Vordergrund. Man kann auch an andere Instrumente denken, die bei der Beurteilung hilfreich sein könnten, wie der Mini-ICF, der Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen gut erfasst. Also hier sollte die klinische Beurteilung der Gesamtsituation im Vordergrund stehen und nicht ein standardisiertes Erhebungsinstrument maßgebend sein.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Dann habe ich eine Wortmeldung von Herrn Broer.

**Herr Broer (AG ADHS):** Ich bin Stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft ADHS. Vielen Dank, dass auch wir unsere Stellungnahme hier abgeben dürfen. Es ist eine Frage eigentlich an alle, die an diesem Strukturvertrag mitgearbeitet haben. Ich will es auch kurz machen: Uns fehlen natürlich Patienten mit der Diagnose ADHS. Die sehen wir in diesem Vertrag nicht abgebildet. ADHS ist mit einer Prävalenz von 5 bis 6 Prozent im Kindes- und Jugendalter die häufigste kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose, weit voran Diagnosen, die im Kindes- und Jugendalter aufgenommen sind. Aber auch im Erwachsenenalter beträgt die Prävalenz

zwischen 2,9 und 3,1 Prozent. Deswegen Frage: Warum ist die Diagnose ADHS – mit den Kennziffern F90.0, F90.1 – nicht vertreten?

Die zweite Geschichte ist: Kinder- und Jugendärzte sind nicht vorgesehen bzw. Patienten aus dem Kindes- und Jugendalter sind nicht vorgesehen. Bei ADHS handelt es sich um eine syndromale Erkrankung, die bereits im Kindesalter beginnt und bis ins Erwachsenenalter hineinreichen kann. Sie tritt also nicht erst bei Erwachsenen neu auf. Deswegen sind zunächst Kinder- und Jugendärzte die Primärversorger und behandeln zum Teil schwerpunktmäßig ADHS-Patienten.

Um das zu verdeutlichen: Bei 20 Millionen Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind statistisch gesehen bei der genannten Prävalenz rund eine Million von ADHS betroffen. Diese Vielzahl an Patienten kann nicht allein durch Kolleginnen und Kollegen aus dem psychiatrischen Formenkreis versorgt werden. Deswegen sehen wir Kinder- und Jugendärzte als Grundversorger und oft erste Ansprechpartner betroffener Familien mit im Boot. Also neben dem Wunsch nach Aufnahme der Diagnose ADHS in das System wäre auch unser Wunsch die Mitnahme unserer in der AG vertretenen ärztlichen ADHS-Versorger. Wir sind fachübergreifend, da sind verschiedenste Berufsgruppen vertreten. Und letztlich die Einbindung von Patienten in den Vertrag, zumindest ab Beginn des Jugendalters, um die Transition zu vereinfachen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Die Position ist sehr deutlich geworden. – Ich habe jetzt eine Meldung von Herrn D. [PatV] zum GAF. Herr D. [PatV], gibt es ergänzende Fragen? – Sie haben das Wort, bitte.

**Patientenvertretung:** Ich habe es schon erwähnt: Ich sehe da einen gewissen Widerspruch zwischen dem Gesetz, in dem das steht, da es insbesondere um schwer erkrankte Menschen geht: GAF gleich/weniger 50. Zumindest müsste in dem Gesetz stehen: plus 50. Es müssten also Ausnahmen vorgesehen sein, da es auch schwer erkrankte Menschen gibt, bei denen von einer Verschlechterung und Chronifizierung ausgegangen werden muss.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Herr D. [PatV], ich würde doch darum bitten, dass wir uns auf Fragen an die anwesenden Externen konzentrieren.

**Patientenvertretung:** Ich möchte wissen, wie dieser Widerspruch gesehen wird – zum Beispiel von Frau Dr. Claus vom BDK.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Frau Dr. Claus!

**Frau Dr. Claus (BDK):** Herr D. [PatV] ich glaube, wir sind uns ganz einig. Es geht um die Versorgung der psychisch kranken Menschen, und diese haben fluktuierende Krankheitsverläufe. Das heißt, wenn wir uns jetzt festlegen mit einem GAF: Jede Behandlung wirkt sich auf den GAF aus, und ich glaube, was nicht passieren darf, ist, dass quasi jemand, wenn er dann mit dem GAF zu gut wird, einfach sofort aus der Versorgung herausfällt, sondern auch da braucht es ja Übergänge, um Patienten auch stabil zu halten.

Ich glaube allerdings auch: Wenn wir den GAF zu niedrig machen, sind die Patienten so schwer krank, dass sie doch wieder in den Kliniken landen. Und die Richtlinie, so verstehe ich es, soll auch verhindern, dass Menschen stationär behandlungsbedürftig werden. Deshalb glaube ich: Wenn man sich auf den GAF als einfaches Instrument einigt – Herr Pollmächer hat das ja sehr schön ausgeführt, warum man das so tun sollte –, dann brauchen wir einen Wert, der auch die Mittelschwerkranken berücksichtigt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Ich mache ganz kurz darauf aufmerksam, dass die Zeit voranschreitet. Wir sollten also, was die Verwendung des GAF anbelangt, im Hinter-

kopf haben, dass wir uns nicht mehr allzu lange damit befassen. – Ich habe jetzt Wortmeldungen von Herrn Brieger, Aktion psychisch Kranke, dann Herr Professor. Hecken und Herr Dr. D. [GKV-SV]

**Herr Prof. Dr. Brieger (APK):** Nur ein ganz kurzer Hinweis: Der GAF wird beispielsweise seit gut 20 Jahren in Bayern in der PIA-Vereinbarung schon als Standardinstrument eingesetzt – und mit sehr viel Erfolg.

Ich stimme Herrn Pollmächer und Frau Claus komplett zu, und ich glaube, der GAF muss obligat sein, der muss durchgeführt werden. Er ist nicht das beste Instrument, das es gibt. Aber das Verhältnis von Aufwand und Nutzen ist extrem gut. Damit kann man einfach Dinge gut abarbeiten. Ich glaube, das hat sich sehr gut bewährt. Wir haben eine gute PIA-Auswertung in Bayern – viele kennen die wahrscheinlich –, und da ist der GAF-Wert ein ganz zentraler Punkt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Herzlichen Dank für die prägnante und kurze Stellungnahme. – Herr Prof. Hecken.

**Herr Prof. Hecken (G-BA):** Meine Frage richtet sich auch an Herrn Pollmächer. Wir haben uns sehr eingehend darüber unterhalten, und gerade wurde gesagt: Wenn der GAF zu gut ist, dann fallen die Leute sofort aus der Versorgung. Das führt mich noch einmal zu der Bemerkung von Herrn Broer: Wir haben natürlich Richtlinien Psychotherapie, die ich als Regelversorgung bezeichne, die jedem Patienten zur Verfügung steht – auf der einen Seite. Wir haben auf der anderen Seite die spezialisierte Versorgung, die Prof. Pollmächer angesprochen hat. Deshalb meine Frage an Herrn Pollmächer: Wenn wir beim GAF auf 60 oder 70 gingen – wie sehen Sie dann noch den Anwendungsbereich der Richtlinien Psychotherapie? Wird dann nicht in einen zu großen Bereich gegangen – zwischen 50 und 70 –, der eigentlich doch allein aus Kapazitätsgründen, weil wir ja immer an den § 92 Abs. 6b flächendeckend darzustellen, vielleicht in der Masse besser in der Psychotherapie-Richtlinie wäre?

Dritter Punkt: Wie könnte man nach Ihrer Einschätzung die Abgrenzungen nach unten vollziehen? Denn Sie haben sich ja sehr kritisch geäußert und haben gesagt: Es gibt Patienten, die können in diesem ambulanten (akustisch unverständlich) nach § 92 Abs. 6b nicht adäquat behandelt werden, die brauchen die PIA, die brauchen andere Formen. Wo könnte man hier eine Grenze ziehen?

Meine dritte Frage, die mir ganz wichtig ist, die Sie in Ihrer Stellungnahme thematisiert hatten: Sie haben gesagt, es muss im Rahmen der Patienten beim ersten Zugang (akustisch unverständlich), sondern der Richtlinie Psychotherapie verbleiben, nach einer bestimmten Behandlungsdauer auch durch einen Arzt evaluiert oder überprüft werden, ob so nicht unter Umständen dort der Erkrankte in den § 92 Abs. 6b, wie immer man das im Einzelnen sehen würde, (akustisch schwer verständlich) gehört. Wir hatten auch von einer gewissen Behandlungsdauer gesprochen. Könnten Sie das etwas spezifizieren: Was könnte hier, wenn ein Gradmesser abstrakt generell eingesetzt werden könnte, beim GAF gelten? Da müsste man gucken, ob ein Patient in der Psychotherapie noch richtig aufgehoben ist.

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Sie sind schwer zu verstehen, Herr Hecken. Ich will es trotzdem versuchen; ich meine, zumindest drei Fragen identifiziert zu haben, die ich kurz beantworten kann.

Die erste Frage bezieht sich auf die Abgrenzung nach oben, über die wir ja eigentlich schon diskutiert haben. Wir würden ja 60 – nicht 70 – vorschlagen. Wenn Sie einen Wert von 70 nehmen, dann ist der Trichter nach oben so weit offen, dass dieses Instrument auch überflutet würde. Das würde gar nicht mehr funktionieren. Es soll ja nicht die Regelversorgung ersetzen, sondern soll für einen Teil ernsthaft erkrankter Menschen ein zusätzliches Angebot irgendwo zwischen dem liefern, was die Regelversorgung – und damit meine ich jetzt die psychiatrische Regelversorgung – und die Regelversorgung in der Richtlinienpsychotherapie bieten kann.

Und da scheint uns eben dieser Cut-off 60 sinnvoll. Aber ich kann Ihnen da leider – ich wüsste auch nicht, wie wir das machen sollten – keine wirklich quantitativ empirisch nachprüfbareren Daten dazu liefern. Das ist so ein bisschen der klinische Eindruck, den wir haben, den wir aber, glaube ich, mit den meisten, die in diesem Bereich tätig sind, teilen.

Eine Abgrenzung nach unten hin, zu den noch schwerer Kranken – das wäre jetzt meine Idee, wir haben da nicht so differenziert darüber nachgedacht – würde sich, glaube ich, einfach durch den klinischen Verlauf ergeben. Ich würde nicht befürchten, dass in dieser Versorgungsform Menschen mit einem GAF von 30 oder 20 sozusagen hängenbleiben. Da hätte ich ja bei allen Beteiligten schon den Eindruck, dass die von alleine merken: Da kommen wir so nicht weiter. – Deswegen würde ich da nicht operationalisieren wollen. So habe ich Ihre Frage zumindest verstanden: ob das sinnvoll wäre.

Die dritte Frage – wenn ich es recht verstanden habe, gegen Ende war es wegen der Technik besonders schwierig – habe ich so verstanden, dass Sie interessiert, wie man im Verlauf der Behandlung feststellen kann, dass noch weitere, zusätzliche Maßnahmen notwendig sind, zum Beispiel Verhaltenstherapie.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Nein, ich glaube, das haben Sie falsch verstanden.

**Herr Prof. Hecken (G-BA):** Ich kann es noch einmal laut schreien. – Ist es so besser?

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Es ist weniger die Lautstärke als die Technik. – Aber jetzt geht es besser.

**Herr Prof. Hecken (G-BA):** Sie hatten in Ihrer Stellungnahme gesagt oder adressiert, dass bei Patienten, die nicht in den § 92 Abs. 6b kommen, sondern in der Richtlinienpsychotherapie verbleiben, in regelmäßigen Abständen nach bestimmten Behandlungsdauern überprüft werden sollen, idealerweise durch eine ärztliche Befundung, ob der Patient nicht möglicherweise doch der Behandlung nach § 92 Abs. 6b bedürftig sei. Und Sie sprechen da von einer gewissen Behandlungsdauer. Meine Frage ist: Wie könnte man das operationalisieren, also für die, die im ersten Aufschlag nicht in den § 92 Abs. 6b kommen? Was wäre da möglicherweise eine operationalisierbare Zäsur, nach der man sagen könnte: Man muss sich diesen Patienten noch einmal anschauen und überprüfen, ob er in den § 92 Abs. 6b gehört?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Herr Hecken, ich glaube, die Frage ist jetzt klargeworden.

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Ja, jetzt ist es auch bei mir gut angekommen; vielen Dank. – Das betrifft ja vor allem die Patienten, die dann im Wesentlichen psychotherapiert werden, also in der Richtlinienpsychotherapie sind und keine zusätzliche, andere Therapie haben, und da würde ich es für passend halten, wenn man nach einer Frist von drei bis sechs Monaten eine Überprüfung einführt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Antwort ausreichend, Herr Hecken, oder noch Nachfrage?

**Herr Prof. Hecken (G-BA):** Danke schön!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut, wunderbar. – Dann habe ich eine Meldung von Herrn D. [GKV-SV], eine Meldung von Frau Professor Haebler, dann noch von Frau Wilms. Dann müssten wir diesen Komplex so langsam abschließen. Bitte!

**GKV-SV:** Ich habe noch eine Frage an die DDPP, den Fachverband Deutschsprachiger Psycho- und Psychiatrie. Wir haben ja in Ihrer Auflistung auch den GAF-Wert kritisiert und gesagt, man sollte noch weitere Kriterien einsetzen. Können Sie erläutern, wie Sie sich in der Praxis vorstellen, dass diese Kriterien, die Sie aufgelistet haben, tatsächlich Eingang finden?



**Frau Prof. Dr. von Haebler (DDPP):** Danke für die Frage, dazu hatte ich mich gerade auch im Chat gemeldet, um das noch einmal anzubringen. Wir hatten den GAF jetzt nicht prinzipiell als schlecht befunden, sondern er ist durchaus schon auch manipulierbar. Wir haben den für die Psychiatrischen Institutsambulanzen, sehen ihn dort immer wieder eingesetzt. Da hat er auch seine Funktion, insbesondere auch in der Verlaufskontrolle. Es ist tatsächlich schwierig als Eingangskriterium. Wenn der Patient eine Verbesserung erfährt, sollte er nicht rausfliegen – das ist das eine. Das andere ist aber auch, dass der GAF nicht wirklich die Komplexität der Erkrankung immer widerspiegelt, und da sehen wir, dass, wenn man das allein nach GAF macht, und insbesondere wenn man den zu hoch ansetzt, dann die Patienten, um die es uns geht – nämlich die Menschen mit Psychosen und einer komplexen Erkrankung –, wieder die Verlierer sind und eben nicht reinkommen.

Es gibt Kriterien, die hier eine besondere Rolle spielen, die sich nicht immer unbedingt im GAF widerspiegeln. Das sind zum Beispiel wiederholte Aufnahmen oder Ablehnungen von Behandlungen, Nichtwahrnehmenkönnen von Behandlungen, eine Erstmanifestation einer psychotischen Episode. Das sind Situationen, die sich in diesem GAF nicht unbedingt widerspiegeln. Und insbesondere, weil es bei diesen Kranken auch die Situation gibt, dass die mal sehr gesund erscheinen und sehr funktional, dann aber wiederum extrem krank sind und dann keine Hilfe in Anspruch nehmen können, muss der GAF ergänzt werden. Deswegen sind die Kriterien von uns so ausgewählt worden, dass sie objektivierbar sind und keine Skalierung haben, aber eben objektivierbar sind und nicht zu Streit nachher mit MDK oder Kassen führen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau von Haebler. – Frage beantwortet, Herr D. [GKV-SV]? – Gut. – Dann habe ich noch eine Meldung von Frau Wilms, Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Mir wäre noch einmal wichtig, an der Stelle darauf hinzuweisen, dass die Richtlinie ja eigentlich verhindern soll, dass jemand schwerkrank wird bzw. auch in die Gefahr gerät, dass Teilhabe nicht mehr möglich ist. Das heißt, an dieser Stelle sehe ich schon die Gefahr, dass man aufpassen muss, dass jemand nicht zu krank sein muss, um überhaupt Unterstützung zu bekommen, die dann eine Verhinderung schwerwiegender Zustände in irgendeiner Weise möglich macht. Und: Ich glaube, die Herausforderung ist – und das erscheint mit jedwedem Kriterium ein Problem zu sein –, dass Menschen sich ja glücklicherweise verbessern und verschlechtern. Wir müssen wirklich sehr, sehr, sehr aufpassen, dass da nicht die Kontinuität der Behandlung flöten geht.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Können wir diesen Komplex – insbesondere Fremdeinschätzungsinstrument, Schwellenwerte und auch die Frage – darauf beziehe ich mich jetzt noch einmal explizit – der einzubeziehenden Indikationen – der GAF stand ja jetzt sehr im Vordergrund – an dieser Stelle abschließen? Ich mache noch einmal darauf aufmerksam: Selbstverständlich haben wir Ihre Stellungnahmen gelesen. Also, ich sehe hier zwischen drin immer Kommentare, welche Partei sich welcher Äußerung anschließt. Aber im Prinzip haben wir das natürlich auch in Ihren Stellungnahmen.

Wenn es dazu jetzt keinen dringenden Austauschbedarf und insbesondere keine drängenden Fragen seitens der G-BA-Mitglieder gibt, würden wir zum nächsten Punkt kommen. – Es gibt noch eine Frage. Herr W., bitte.

**PatV:** Ich hätte noch eine kurze Frage, und zwar zu der Definition der „insbesondere psychisch Kranken“. Wir haben da in der letzten Sitzung – gerade auch Herr Hecken – sehr ausführlich darüber gesprochen. Ich würde dazu gern noch einmal die APK fragen: Ist es sinnvoll, diese Formulierung zu haben, weil sie auch impliziert, es könnten sozusagen auch weniger schwer psychisch Kranke einbezogen werden? Da waren wir in der Diskussion doch noch etwas unsicher. Wäre das noch möglich?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Herr Prof. Brieger.

**Herr Prof. Dr. Brieger (APK):** Ich antworte direkt darauf: Ich würde mich da insbesondere auch Frau Wilms anschließen – dem, was sie gerade gesagt hat. Ich glaube, wir dürfen nicht in Regelungen kommen, die quasi exklusiv die Menschen dann ausschließen, die Hilfebedarf haben. Wie man das dann insbesondere praktisch umsetzt, ist eine ganz andere Regelung. Das wird ja auf allen Ebenen geregelt. Wie man das im Ordnungstext oder in der Richtlinie formuliert, ist das eine, aber was dann dahintersteckt, das wird eben durch entsprechende Operationalisierungen umgesetzt. Und ich glaube, die Grundlinie muss sein: Es sind schwer psychisch kranke Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen. Das muss eben entsprechend erfasst werden. Was dann daraus erwächst, glaube ich, muss noch einmal spezifiziert werden. Und möglicherweise ist es ja auch ein lernendes System und muss man das vielleicht im weiteren Verlauf auch einmal betrachten.

Ich verweise noch einmal an die bayerischen Institutsambulanzen; da gibt es diese jährlichen Berichte über eine gute Dokumentation, und aus dem kann man extrem viel lernen. Und es gibt einen Arbeitskreis für entsprechende Zweifelsfälle, wo die Leistungserbringer, die Kostenträger und wir vertreten sind, und dann kann man so etwas auch entsprechend anpassen. So ein lernendes System hat sich auch da bewährt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, das ist doch ein schönes Schlussstatement zu diesem Themenkomplex, und man muss hier sagen: Es gibt ja auch einen gewissen Gesetzestext. Es gibt einen Gesetzestext, der uns hier Vorgaben macht, auf den wir uns hier natürlich auch beziehen.

Jetzt habe ich hier noch eine Wortmeldung von Herrn Kruse. Ich würde eigentlich gern weitergehen, Herr Kruse, wenn das möglich ist.

**Herr Prof. Kruse (DGPM):** Dürfte ich vielleicht einen kurzen Aspekt nennen?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, aber danach ist dieser Themenkomplex zu verlassen. Herr Kruse, das ist jetzt die letzte Ausnahme, die ich mache. Bitte!

**Herr Prof. Kruse (DGPM):** Danke schön. – Weil ich noch einen anderen Aspekt hineinbringen wollte: Das ist ja eine sehr strukturierte Versorgung, wo wir den Patienten an die Hand nehmen und ihn leiten.

Ich glaube, der andere Teil der Versorgung, wo die Patienten sich eventuell in ihrer Autonomie beeinträchtigt fühlen könnten – gerade bei Patienten, die ein etwas höheres psychosoziales Funktionsniveau haben –, ist in der Konstruktion mit zu bedenken: Wir haben für diese Patienten ja durchaus ein sehr leistungsfähiges ambulantes Versorgungssystem. Und man sollte bedenken, das nicht mit zu beeinträchtigen durch eine zu starke Einschränkung der Patientenautonomie. Für Patienten, die es selbst in die Hand nehmen können, soll man es auch so belassen, dass sie es selbst in die Hand nehmen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Dann kommen wir jetzt zum nächsten Themenkomplex, und zwar Beteiligung der PIAs und Krankenhäuser am Netzverbund – also die §§ 3 und 4 unseres Richtlinienentwurfs im Wesentlichen. Ich eröffne wieder die Runde für Fragen und habe eine Wortmeldung von der DKG. Frau R. [DKG], Sie dürfen beginnen.

**DKG:** Meine erste Frage geht an die BDK, Frau Claus, und Herrn Klitzsch vom VPKD. Nicht ganz überraschend frage ich ganz konkret nach der Rolle der PIA, inwieweit Sie den Bedarf sehen im Falle der Kooperation mit einzelnen Kliniken, das Nähere im Detail zu regeln und konkret festzuschreiben, welcher Teil einer Klinik am Netzverbund zu beteiligen ist.

Eine ergänzende Frage an Herrn Klitzsch: Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass bei einer Integration der Ambulanzen nach § 118, wo Sie ja auch die neuen Psychosomatischen Institutsambulanzen einschließen, die Versorgung beeinträchtigt würde. Hierzu würde mich interessieren, wie Sie das genau gemeint haben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau R. [DKG]. – Wer von Ihnen mag beginnen?

**Frau Dr. Claus (BDK):** Ich kann erst einmal beginnen, was die Psychiatrischen Kliniken angeht. Vielen Dank, Frau R. [DKG], für Ihre Frage. Uns beschäftigt das natürlich sehr, und in der Richtlinie ist es ja benannt, dass die Psychiatrischen Kliniken Teil der Kooperation, des Netzwerkverbundes sein sollen. Das halte ich für ausgesprochen richtig und wichtig, auch im Hinblick auf die Patientensicherheit. Ich denke, dass die Krankenhäuser für die Sicherstellung der Krisenbehandlung, insbesondere auch außerhalb der Regelzeiten, nach wie vor der erste Ansprechpartner sind.

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen haben ja sehr viel Erfahrung mit sektorübergreifender Behandlung. Wir haben in unseren Pflichtversorgungskliniken Psychiatrische Institutsambulanzen, die schon lange für die Schwerkranken auch Schnittstellenversorgung machen. Und die Psychiatrischen Institutsambulanzen sind Teil der Psychiatrischen Kliniken, und ich sehe keinerlei Handlungsbedarf, was das angeht, das noch weiter zu regeln, als im § 118 geregelt ist. Die Krankenhäuser müssen in die Kooperation, die Psychiatrischen Institutsambulanzen sind originärer Teil der Kliniken, und es besteht aus meiner Sicht kein Regelungsbedarf über die Richtlinien.

Ich muss kurz ergänzen, dass wir uns eigentlich etwas anderes gewünscht hätten für die komplex ambulanten Versorgungen, nämlich eine Stärkung der PIAs, einen Ausbau und eine auskömmliche Finanzierung von Netzwerkstrukturen usw.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für die klare Stellungnahme. – Herr Klitzsch, bitte.

**Herr Klitzsch (VPKD):** Frau R. [DKG] vielen Dank, dass wir Stellung nehmen dürfen. Ich kann mich dem im Wesentlichen anschließen, was Frau Claus gerade gesagt hat.

Ich möchte noch ein wenig auf die organisatorischen Voraussetzungen in der Klinik eingehen. Wir haben bzw. werden jetzt vor allen Dingen auch in den Psychosomatischen Institutsambulanzen eng aufeinander abgestimmte Leistungskonzepte haben. Momentan ist ja nicht einmal vorgesehen, die Psychosomatische Institutsambulanz subsidiär in die ambulante Versorgung eingebunden zu werden. Ich glaube, die Psychiatrische Institutsambulanz ist nur subsidiär vorgesehen, sodass eine punktuelle Inanspruchnahme für einzelne Patienten, glaube ich, organisatorisch jetzt innerhalb der Institutsambulanzen schwer abbildbar sein wird. Ich finde es – genauso, wie Frau Claus gerade gesagt hat – wichtig, dass die Krankenhäuser beteiligt sind. Aber dann sollte man im Rahmen von Kooperationsverträgen unter Benennung von Ärzten oder Psychotherapeuten oder sonstigen Ressourcen, die dann regelhaft in Anspruch genommen werden sollen, Kooperationsverträge schließen. Einfach die PIAs und Peers jetzt einzubeziehen, auf sie regelmäßig zugreifen zu können, ich glaube, dass das organisatorisch schwer abbildbar ist. Deswegen sollte man sie so auch nicht in die Richtlinie einbeziehen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Dann habe ich zum selben Themenkomplex eine Frage oder Wortmeldung von Herrn R. [PatV] und dann von Herrn D. [GKV-SV]. – Herr R. [PatV], bitte.

**PatV:** Ich würde genau an dem Punkt gern noch einmal nachfragen, und zwar sowohl Frau Dr. Wilms als auch Prof. Brieger, Prof. Pollmächer und Frau Dr. Claus. Es geht bei der Fragestellung um die Frage: Sind die Krankenhäuser mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen

Teil, also Mitglied des Netzverbundes, oder kooperiert ein solcher Netzverbund mit den Psychiatrischen Krankenhäusern? Das macht ja einen Unterschied, ob ich ein Kooperationspartner bin oder Teil des eigentlichen Netzwerks. Dazu würde uns Ihre Auffassung interessieren.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr R. [PatV]. – Wer von Ihnen mag beginnen? – Herr Pollmächer.

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Ich denke, das kann man klar und einfach beantworten: Die Krankenhäuser müssen mit allen Ressourcen, die sie haben, also mit den vollstationären, den teilstationären und PIA-Kapazitäten als Kooperationspartner beteiligt sein, weil ja nur so wirklich eine umfassende Versorgung der Patienten gewährleistet ist. Sie zum Teil des Netzes zu machen ist meines Erachtens weder notwendig noch in den komplexen Strukturen, die sich durch die einfach vollständig unterschiedlichen Organisationsformen im KV-Bereich und im Krankenhausbereich ergeben, machbar, denn das ist viel zu kompliziert und nicht notwendig. Insofern würde ich für eine Kooperation plädieren, und zwar natürlich schon für eine verbindliche und auf jeden Fall konstitutive. Also ein solches Netzwerk, ein solcher Verbund im ambulanten Bereich, ohne dass die entsprechende Versorgungsklinik organisatorisch-kooperativ eingebunden wäre, wäre nicht sinnvoll.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, klare Stellungnahme. – Gibt es Ergänzungsbedarf?

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Gern ganz kurz vonseiten von ackpa. Ich würde gern in jedem Fall noch einmal sagen: Aufgabe muss sein, die Schnittstellen für die Patienten zu verringern und nicht noch einen zusätzlichen Sektor aufzumachen. Deshalb muss die enge Kooperation mit Krankenhäusern und PIAs unbedingt gewährleistet werden, weil wir ansonsten wieder das Problem bekommen, dass wir eine komplizierte Teillösung mit einer komplizierten Teillösung beantworten. Das ist überhaupt unsere Generalkritik. Das sind nicht wie eine Lösung aus.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Sie würden aber der Lösung Kooperation, wie eben dargestellt, zustimmen.

**Herr Prof. Dr. Brieger (APK):** Aus meiner Sicht: Ich glaube, es muss einfach eine regelhafte Einbeziehung der PIAs in die Versorgungsstrukturen möglich sein. Es kann jetzt nicht sein, dass es irgendwie durch ein Antragsverfahren oder entsprechende Vorverträge erst geregelt sein muss, sondern es muss quasi ein fester Teil sein. Wie das dann im Einzelnen geregelt ist – ich glaube, entscheidend ist das Ziel des Ganzen. Und dass die PIAs da ein wesentlicher Aspekt sind, ist, glaube ich, unbestritten. Das zeigt ja auch die Versorgungsleistung der letzten Jahre und Jahrzehnte in diesem Bereich.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Wir würden ganz klar an dieser Stelle sagen: obligat! Ohne PIA und Krankenhaus in der Versorgungsregion geht es nicht. Ganz klar!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja. Aber die Frage war ja: obligat in Form einer Kooperation oder obligat in Form Mitglied im Netzverbund. Das war ja das zuletzt Diskutierte. Obligat war gar nicht mehr die Frage, glaube ich. Hier gab es ja ein Votum dafür, es auch nicht komplizierter als erforderlich zu machen und deswegen in Form einer verpflichtenden Kooperation.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Alles, was dazu dient, dass die Dinge einfacher werden, ist gut. Und Kooperation ist sicherlich einfacher.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut, vielen Dank. – Dann übergebe ich jetzt an Herrn D. [GKV-SV].

**GKV-SV:** Es ist tatsächlich so, dass Frau Wilms jetzt im Grunde schon ein Schlagwort genannt hat, auf das ich auch eingehen wollte, nämlich der Gesetzgeber zielt ja schon auf die Vernetzung der ambulanten und stationären Strukturen, und da ist natürlich ein Anknüpfungspunkt bei den PIAs ganz naheliegend. Deswegen auch meine Frage an die ackpa, ob Sie vielleicht noch einmal darauf eingehen könnten, ob es nicht auch denkbar wäre, dass beispielsweise eine Koordination in so einem Netzwerk durch eine PIA erfolgt, denn es könnten ja auch psychiatrische Fachärzte in der PIA dann als Bezugsarzt tätig werden und eben in gewisser Weise auch steuernd dann die Verbindung von ambulantem und dem stationären Bereich zu erreichen.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Ich möchte hier nicht noch einmal in die Generalkritik einmünden, die wir ja schon formuliert haben; die kennen Sie. Das ist aus unserer Sicht die große Achillesferse. Wie immer wir das machen, besteht die Gefahr, dass wir ein komplexes System mit einer komplexen Problematik, mit einem neuen komplexen System beantworten. Und alles, was dazu dient, die Dinge einfacher zu machen, sollte gemacht werden. Nur die Situation, die wir hier haben, ist ja vor Ort auch sehr, sehr unterschiedlich.

Unsere Sicht ist grundsätzlich – dazu werden wir nachher noch kommen –, dass man die Frage stellen muss, ob ein Netzverbund überhaupt die Situation der Patienten, über die wir hier reden, nennenswert verbessert. Wir setzen da ein großes Fragezeichen, denn es geht darum, dass die Leute, die da sind, sich besser vernetzen. Es geht eigentlich nicht darum, noch eine neue Struktur zu schaffen. Deshalb, muss ich sagen, erwischen Sie mich da in einer hochambivalenten Situation. Eigentlich will ich beides nicht. Ich möchte, dass die Menschen kooperieren, dass wir in den jeweiligen Vergütungssystemen Netzwerkgespräche finanziell vergütet bekommen, dass es einen Anreiz gibt für mehr Zusammenarbeit, denn ich möchte nicht noch eine zusätzliche Struktur haben. Und da bin ich hier in einer völlig ambivalenten Position, denn eigentlich möchte ich sagen: Ich möchte das nicht. Ich möchte, dass wir zusammenarbeiten. Ich möchte nicht noch eine Struktur haben. Sorry, dass ich das an dieser Stelle so klar, aber vielleicht dann doch nicht so sage, dass es Ihre Frage beantwortet. Ich hoffe trotzdem, dass unsere Position an der Stelle klarer wird.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Herr D. [GKV-SV], haben Sie noch eine Rückfrage?

**GKV-SV:** Ja, unbedingt! Was mich jetzt tatsächlich etwas verwundert, ist, dass Sie ja schon quasi implizieren, dass die Versorgung dadurch nicht besser wird. Wir haben ja einen nicht-ärztlichen Koordinator vorgesehen, der eben gerade den Patienten auch unterstützen soll, und das sehe ich tatsächlich als einen großen Schritt nach vorn an. Es tut mir leid: Struktur ist irgendwie doch auch nötig, wenn man eine bessere Zusammenarbeit erreichen möchte. Aber gleichzeitig ist ja da dieser Koordinator, der dann den Patienten auch – sofern es erforderlich ist – an die Hand nimmt, um ihm den Zugang zur Versorgung zu erleichtern. Von daher kann ich das jetzt nicht so ganz nachvollziehen, denn eine gewisse Struktur braucht man ja dann doch.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Ohne jetzt zu ausführlich zu werden: In der Praxis gibt es das doch schon – über die PIAs; Herr Brieger hat das ja sehr schön ausgeführt. Das wird ja teilweise von den Kollegen auch gelebt.

Unser großes Problem ist, dass es ein Rein-in-die-Versorgung gibt und ein Raus aus dieser Form von Spezialversorgung. Das ist bei Spezialversorgungen immer das Problem. Psychisch Kranke brauchen aber eine Kontinuität, und ich habe die große Sorge, dass wir mit dieser Richtlinie mehr Schnittstellen schaffen und weniger Vereinfachung und weniger Übersicht für den einzelnen Patienten und dass wir in Gefahr sind, zu sehr von der Anbieterseite zu denken und zu wenig von der Reduktion der Komplexität für den einzelnen Patienten her. Deshalb bin ich auch bei den nichtärztlichen Koordinationspersonen sehr, sehr ambivalent, weil ich die Sorge habe, es wird dann noch jemand zusätzlich. Wir haben teilweise Helfersysteme; wenn

Sie eine Netzwerkkarte für Patienten in Institutsambulanzen aufmachen, dann finden Sie teilweise fünf, sechs, sieben, acht, neun Helfer. Und ich habe die Sorge, dass durch diese Konstruktion, so, wie die Netzverbände jetzt gedacht sind, es wahrscheinlich nicht einfacher wird. Sie haben recht: Ich weiß nicht, was in der Zukunft passiert. Aber wir haben die Sorge, dass es nicht einfacher wird.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Ich glaube, diese Sorge ist angekommen. Das greift auch schon ein bisschen auf die nächsten Paragraphen vor, die sonst zur Diskussion stünden. Ich gehe ja aber noch einmal zurück zu den PIAs. Ich hatte hier eine Wortmeldung von Frau von Haebler, allerdings haben Sie auch einen Kommentar in den Chat geschrieben. Halten Sie an Ihrer Wortmeldung fest? Sonst würde ich weitergeben. – Frau von Haebler, bitte.

**Frau Prof. Dr. von Haebler (DDPP):** Ich würde gern noch etwas dazu sagen und ergänzen, was Frau Wilms eben gesagt hat: Für die Patienten, um die es mir geht, sind die PIAs teilweise unabdingbar. Die sind dort beheimatet, die sind dort zu Hause, und sie brauchen dennoch Leistungen aus dem ambulanten Bereich.

Das einzige, worum es uns geht, ist an der Stelle, dass Verbote und Verhinderung von Kooperationen aufgehoben werden müssen. Das heißt, jemand, der in der PIA behandelt wird, muss die Möglichkeit zur ambulanten Psychotherapie haben. Der muss die Möglichkeit haben, besser zu werden und zielgerichtete psychotherapeutische Maßnahmen zu bekommen. Wenn wir sagen: Die Schwerkranken bleiben in der Klinik und die Halbschwerkranken im ambulanten Bereich, und für die finden wir noch eine Komplexbehandlung, dann fallen wieder diejenigen runter, die so schwer krank sind, dass sie ab und zu die Klinik brauchen oder gar die PIA. Und ich glaube, dass an der Stelle – da ist es mir egal, ob es eine Kooperation oder ein Teil des Netzwerks – eine Zusammenarbeit stattfinden muss, die das Rein-und-Raus aus dem Krankenhaus sehr viel einfacher macht, als es im Moment ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau von Haebler; das ist deutlich geworden. – Dann habe ich noch eine Wortmeldung von Frau Claus; ich nehme an, zum selben Themenkomplex. Bitte, Frau Claus.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Das schließt sehr gut an das, was Frau von Haebler gesagt hat, an. Selbstverständlich sind auch wir dafür, dass es möglich ist, eine PIA-Behandlung zu kombinieren mit einer Psychotherapie. Wenn die PIAs auskömmlich ausfinanziert wären, würden wir das anbieten können über die PIAs. Aber die Versorgung der Schwerstkranken über die PIAs, angegliedert an das Krankenhaus, das ist etwas, was gut etabliert ist und was gut funktioniert. Wenn es jetzt eine Kooperation mit einem Netzwerkverbund gibt, versprechen wir uns selbstverständlich, dass wir dadurch Schnittschnellen auch reduzieren können. Aber wir können nicht Teile des Netzwerkverbundes sein, denn eigentlich ist der 92-6b ja auch für den ambulanten Bereich vorgesehen. Und das Krankenhaus mit der PIA – die PIA ist Teil des Krankenhauses – kooperiert mit diesem ambulant agierenden Netzwerk, und die PIA deckt quasi diese Lücke ab, bis das ambulante Netzwerk etabliert ist und greifen kann, und so wird, glaube ich, ein Schuh draus, von dem dann die Patienten auch profitieren können.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ganz herzlichen Dank. Das ist deutlich geworden. Und auch, was wir natürlich mitgenommen haben, ist: Verordnungen, Verbote müssen aufgehoben werden, damit etwas möglich wird, was eigentlich schon möglich wäre, wenn es diese nicht gäbe.

Herr R. [PatV], wir sind mittendrin in der spannenden Diskussion. Sie haben das Wort.

**PatV:** Ich hatte gerade gedacht, ich kann meine Wortmeldung zurücknehmen. Aber jetzt hat mich die Aussage von Frau Dr. Claus doch sehr irritiert. Im 92-6b, also im Gesetzeswortlaut, steht von ambulanter Versorgung kein Wort. Sondern da steht etwas von einer berufsgruppenübergreifenden strukturierten und koordinierten Versorgung, insbesondere für schwer

psychisch erkrankte Versicherte. Insofern: Gerade wenn die Rede davon ist, dass man gemeinsam berät – so wie es auch im Chat gerade Prof. Brieger geschrieben hat, dass man gemeinsam berät –, dann müssen doch die Mitarbeitenden des Krankenhauses, die an einer Fallkonferenz teilnehmen, dafür eine Grundlage haben. Insofern: Wo entsteht eine solche Grundlage, wenn nicht über einen solchen Netzverbund? Deswegen finde ich Ihre Aussage eigentlich fast im Widerspruch zu der Aussage: Man will nicht Teil eines solchen Verbundes sein. – Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist doch manchmal der Kontakt zum Stationsarzt oder zur langjährig vertrauten Pflegekraft auf der Station oder der Ergotherapeutin auf der Station eine wesentliche Beziehung, die sozusagen auch eine Qualität für eine solche Fallberatung haben sollte. Und aus dem Grund ist es jetzt vielleicht akademisch, zu sagen, ob unbedingte Kooperation oder Teil des Netzverbundes. Aber aus dem Grund ist es eben mehr als nur eine ambulante Versorgung. Das hat mich jetzt doch irritiert.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Darf ich es kurz klarstellen?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Bitte!

**Frau Dr. Claus (BDK):** Das möchte ich wirklich klarstellen. Ich sehe: Das sektorübergreifende Element ist dadurch gegeben, dass das Krankenhaus dabei ist, zusammen mit der PIA. Sie haben völlig recht: Wir haben genau diese chronisch kranken Patienten. Die rufen auf der Station an. Die rufen insbesondere dann an, wenn die Praxen geschlossen sind. Dann melden sie sich bei der Nachtschwester, mit der sie eine gute Erfahrung gemacht haben. Also der Teil muss gestärkt werden. Und ob man es jetzt Hilfeplankonferenz, Netzwerkgespräche oder wie auch immer nennt: Das ist der vernetzende Teil. Und da hat das Krankenhaus mit der Pflichtversorgung regional eine ganz, ganz wesentliche Position, zusammen mit der PIA – aber nicht herausgeschält. Darum ging es mir noch einmal.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. Ich denke, das ist deutlich geworden. Jetzt habe ich eine Meldung von Herrn Hibler. Wir sind beim Themenkomplex PIA.

**Herr Hibler (BV SozTh):** Zum Teil habe ich meine Wortmeldung schon wieder zurückgezogen, wollte aber noch einmal bestätigen, dass wir als Berufsverband auch ein bisschen die Sorge haben, dass es überkomplex ist. Aus unserer Sicht wäre manches nicht notwendig. Aber nun ist es ja so, dass schon ein Entlassmanagement in den Richtlinien gibt, was leider aber bisher nicht gelebt wurde. Und wir haben manchmal das Gefühl – deswegen schließe ich mich der Argumentation an –, dass das Rad an dieser Stelle noch einmal erfunden wurde.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Alles klar. – Dann habe ich eine Meldung von Herrn Löhr.

**Herr Prof. Dr. Löhr (DFPP):** Ganz kurz: Die Frage, um die wir uns ja im Moment drehen – und das ist ja Fokus – ist: Die PIA [Tonausfall]

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Wir können ihn nicht mehr hören. Wir werden erst einmal versuchen, mit ihm Kontakt aufzunehmen. Ich gebe erst einmal weiter an Frau von Haebler.

**Frau Prof. Dr. von Haebler (DDPP):** Eine Sache, die ich vorhin noch sagen wollte zu der Anmerkung, dass eine zusätzliche Person für die Koordination eingebracht werden soll: Es sei noch einmal auf die schwerer psychisch Kranken hingewiesen. Die würden eine zusätzliche Person überhaupt nicht akzeptieren. Und das Beispiel von der Nachtschwester oder den stationären Ansprechpartnern, zumindest aber von den Ansprechpartnern im Versorgungssystem, die seit langem bekannt sind, ist extrem wichtig, denn wenn wir jetzt koordinieren wollen und das Vertrauen der Patienten dafür brauchen – ich erinnere hier an die wegen Misstrauens zurückgezogenen Patienten –, müssen wir jemanden aus dem Netzwerk nehmen, der mit die-

sen Patienten bereits arbeitet. Und da ist mir auch wiederum die Berufsgruppe nicht so wichtig wie, dass es Menschen sind, die ein Vertrauensverhältnis erarbeiten, um dann eine komplexe Behandlung möglich zu machen. Damit würden wir wahnsinnig viele stationäre Aufnahmen verhindern können.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Haebler. Das bezieht sich jetzt schon auf den später verorteten Punkt der Koordination der Patienten innerhalb des Netzverbundes.

Dann habe ich noch eine Wortmeldung von Herrn Pollmächer, auch zum Thema PIA. Bitte!

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Nur ganz kurz, weil schon so viel zu dem Thema gesagt worden ist. Eigentlich kristallisiert sich an der Frage, die wir ja jetzt zum Teil sehr lebhaft und kontrovers diskutieren, eben die Grundkritik, die von vieler Seite – und die DGPPN teilt diese Grundkritik an dem momentanen Vorgehen – erhoben worden ist. Das ist nicht schlecht, das zu machen, aber es ist letztlich ja aus einem existierenden rein den ambulanten Sektor – und das meinte, glaube ich, Frau Claus vorhin – betreffendes Modell, das es ja bereits gibt. Das ist im Wesentlichen jetzt da abgebildet. Das mag für einen Teil der Patienten hilfreich und gut sein, aber gerade aus der Perspektive derjenigen, die sich um Psychosekranken kümmern und gerade auch der Perspektive der Pflichtversorger im Krankenhausbereich sei gesagt: Die Gruppe, die es am meisten betrifft, wird davon relativ wenig profitieren, und das wird auch nicht durch eine formale Einbindung der PIAs besser werden, weil die in diesem Konzept so gar nicht funktioniert.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ich habe jetzt hier eine Meldung. Herr Prof. Löhr, Sie sind zurück. Sie haben das Wort.

**Herr Prof. Dr. Löhr (DFPP):** Ich möchte ganz kurz noch sagen, dass wir uns ja über diesen Punkt im Moment austauschen: Kooperation oder Teil des Netzwerks, um noch einmal auf diese Kernfrage zurückzukommen. Wir sollten aufpassen, dass wir diese Frage nicht zu akademisch beantworten, sondern: Ob Kooperation oder Teil des Netzwerks – am Ende geht es darum, dass sie eingebunden sind in die Kommunikationsstruktur. Und da teile ich viele Positionen, auch die von Frau Claus, zu sagen: Es ist zwingend notwendig, dass die Einbindung der PIAs in diese Netzwerkstruktur vorhanden ist. Ob allerdings als Kooperationspartner oder Teil des Netzwerks ist am Ende egal, wenn es die Einbindung in die Kommunikationsstruktur gibt, also quasi der integrale Bestandteil der Kommunikation damit gesichert ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Löhr. – Ich habe jetzt eine Wortmeldung von der KBV. Herr Dr. G. [KBV], bitte.

**KBV:** Vielen Dank auch noch einmal für die klaren Stellungnahmen. Auch Frau Wilms hat mir aus der Seele gesprochen, als sie sagte: Die Sorge, dass wir hier eine Duplikatur aufbauen, dass das Ganze noch komplexer wird, muss man wirklich haben. In unserem Versorgungsmodell sind viele eher von der Subsidiarität, von der gestuften Versorgung ausgegangen, und da liegt für uns 92-6b eigentlich vor der PIA-Behandlung, die in Betrieben stattfinden können. Da gibt es fließende Übergänge.

Meine Frage an Sie, Frau Wilms, wäre: Würden Sie es auch so sehen, dass 92-6b eigentlich eine vorgelagerte – wenn es gut geht – Struktur ist für wirklich Schwersterkrankte die dann wahrscheinlich doch in der PIA und auch vollstationär versorgt werden müssen, dass man hier versucht, dass Element der gestuften Versorgung abzubilden?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Frau Wilms, Sie sind gefragt.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Ja, was Sie sagen, ist genauso gut eine Lösung, wie es das Problem darstellt. Wenn man sich mit gestufter Versorgung beschäftigt, dann gibt es ja immer wieder



die Kritik: Muss jemand für mich alle Stufen durchlaufen, bevor er dann endlich mal eine komplexe Versorgung bekommt? – Oder andersherum haben wir es gerade bei den Psychose-Erkrankten mit diskontinuierlichen Krankheitsverläufen zu tun, die einfach auch sehr unterschiedliche Zustände – wir kommen später noch zur Dauer einer Versorgung nach dieser Richtlinie – beinhalten können. Ich finde das ausgesprochen schwierig – ehrlich gesagt ist das mein Hauptkritikpunkt –, weil ich einfach die große Sorge habe, dass die Kontinuität der Behandlung in den unterschiedlichen Zuständen, in die Patienten im Rahmen schwerer psychischer Erkrankungen geraten können, eben nicht gehalten werden kann, dass es zwischen niedergelassenen Kollegen, Versorgung nach der Richtlinie und der PIA ein Hin-und-Her-Geschiebe gibt. Das, muss ich ehrlich sagen, ist eine Variante, die aus meiner Sicht mit dieser Richtlinie nicht das Problem löst. Von daher muss ich sagen: Ja, man könnte sagen, das ist davor. – Aber was ist denn eigentlich mit denjenigen, die eine schwere psychische Erkrankung, zum Beispiel aus dem F2-Kapitel haben, wo wir sagen: Die Wahrscheinlichkeit, dass sie Teilhabeunterstützung brauchen, ist hoch? – Wer trägt diese Patienten über Jahre, wie die Institutsambulanzen das machen? – Da auf der einen Seite Menschen nicht „herunterzurehabilitieren“ – am Anfang, mit einer Diagnose – und auf der anderen Seite frühzeitig Weichen zu stellen, das ist die Aufgabe. Ich habe den ganz großen Zweifel, dass wir mit einem zusätzlichen Sektor – ich sage das böse Wort einmal – wirklich eine Lösung für diese Patientengruppe hinkriegen. Wir haben das ja auch in der Stellungnahme hinlänglich beschrieben. Ich würde mir eher Konstrukte wünschen, wo wir das, was wir haben, vernetzen können, ohne zusätzliche Strukturen zu schaffen. Deshalb: Ja, man könnte das subsidiär denken, aber wenn ich mir dann überlege, dass jemand besser wird, der ausschließlich in der PIA hausbesucht wird und andere Kontaktpersonen hat, finde ich das echt sehr schwierig und möchte das dann nicht. – Ich hoffe, dass ich nicht zu ausführlich war.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Nein, das ist ja einfach ein schwieriger Punkt. – Vielen Dank.

Ich schlage vor, dass wir diesen Komplex, der ja schon weiter ging als die alleinige Einbeziehung und die Art und Weise der Einbeziehung der PIAS, jetzt verlassen und zum nächsten Themenkomplex kommen, der sich ja auch unmittelbar anschließt – Teile der Diskussion werden dort sicherlich wieder geführt werden –, und zwar ist das die Frage des Netzverbundes: Wie sollte er aussehen? Wie groß sollte er sein? Wer sollte dazugehören? – Also die §§ 3 und 4.

Wer mag beginnen seitens der Mitglieder des Unterausschusses? Wer möchte Fragen stellen? – Herr D. [GKV-SV] Sie haben das Wort.

**GKV-SV:** Vielen Dank. Ich muss gestehen, ich finde die Diskussion heute sehr spannend, weil vielleicht doch nicht alles so einfach ist, wie man manchmal denkt. Jetzt kommen wir zu einem neuen Themenkomplex, der auch nicht so ganz einfach ist. Da würde ich gern eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie und an die Gesellschaft für Neuropsychologie richten, nämlich wo es darum geht, welche Mindestgröße ein Netzwerk haben sollte, um damit sozusagen eine gute Versorgung der psychisch Erkrankten sicherzustellen und andererseits eine schnelle Abstimmung zwischen den Leistungserbringern zu gewährleisten. In welcher Größe ist es einem Netzwerk nicht mehr möglich, seine Versorgungsaufgaben sinnvoll zu erfüllen? Das wären die Fragen, die wir gern beantwortet hätten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr D. [GKV-SV]. – Wer von den Angesprochenen mag beginnen?

**Herr Prof. Kruse (DGPM):** Ich glaube, es ist gut abzuwägen, die Zahl nicht zu hoch zu setzen, damit es auch realisierbar ist, auch in Regionen, in denen es von der Versorgungsnotwendigkeit her erforderlich ist, solche Verbände aufzubauen.

Wir würden von sechs Fachärzten und von sechs Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten ausgehen, wobei aber wichtig ist, dass der Netzverbund auch Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und andere Leistungserbringer beinhaltet, also auch diese Gruppierungen umfasst, weil nur so die Therapiebausteine ausreichend in die Behandlung integriert werden können.

Was meines Erachtens auch wichtig ist, ist, bei der Frage der Netzverbände die Kooperation mit den Hausärzten zu klären. Die Netzverbände werden im Augenblick sehr stark außerhalb der hausärztlichen Versorgung und auch unabhängig von den somatischen Fachärzten diskutiert, und da wir gerade für diese Patientengruppe eine ungeheuer hohe somatische Komorbidität haben, die entscheidend ist für die Mortalität letztlich, ist es wichtig, hier diese Integration auch in den somatischen Bereich gut mit zu konzeptualisieren – und auch in den hausärztlichen Bereich, weil hier ja eine ganze Reihe von Patienten mitversorgt werden und wir auch eine Gefahr sehen, hier parallele Strukturen aufzubauen, die letztlich dann doch nicht vernetzt werden, gerade auch bei Patienten mit chronifizieren Anorexien oder chronifizierten Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen, die ein sehr eingeschränktes psychosoziales Funktionsniveau haben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Wer möchte ergänzen?

**Frau Prof. Dr. Billino (GNP):** Von der Größe der Netzwerke würde ich mich komplett Herrn Kruse anschließen, dass das Ganze relativ überschaubar bleiben sollte. Von der Gesellschaft für Neuropsychologie wäre ein wichtiger Punkt, dass die Multidisziplinarität tatsächlich gegeben ist. Wir hatten ja auch angemerkt, dass wir es für essenziell halten, dass auch Neurologen eingebunden sind, dass auch Neurologische Kliniken berücksichtigt werden. Denn wir hatten am Anfang auch die Diskussion über FO – neuropsychologische Patienten –, dass die häufig runterfallen. Es würde uns weniger um die Größe gehen; ich sehe eher die Bedeutung darin, dass wirklich die Berufsgruppen, die beitragen können, auch vertreten sind.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Weitere Ergänzungen? Sonst würde ich an die anderen Frager weitergeben. – Dann gebe ich zunächst weiter an die KBV; Herr G. [KBV], bitte.

**KBV:** Die Frage, wie groß so ein Verbund sein soll, bewegt uns sehr. So ein Verbund soll nach unserer Vorstellung erreichbar sein. Er soll auch Bereitschaften organisieren. Die Vorstellung, dass es sich auf zu wenige Kolleginnen und Kollegen reduziert, birgt die Gefahr, dass man dann auch die Leistungsfähigkeit eines solchen Verbundes gefährdet. Gleichwohl: Da gibt es keine evidenzbasierte Zahl, ob es 6 oder 15 sind. Das muss man dann situativ entscheiden – in ländlichen Gebieten anders als in einer Stadt wie Berlin zum Beispiel.

Ich möchte noch einmal jemanden aus der Versorgung fragen, wie seine Einschätzung ist, gern Herrn Dr. Enno Maaß von der DPtV: Was ist Ihre Erfahrung der Netzarbeit – im Zusammenbringen von Kolleginnen und Kollegen? Welche Größenordnung würde Ihnen da vorschweben?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Herr Maaß, bitte.

**Herr Dr. Maaß (DPtV):** Vielen Dank für die Frage. Aus unserer Sicht ist es – vielleicht auch im Gegensatz zu der Kollegin, die jetzt gesprochen hatte – wie folgt: Eine überschaubare Anzahl von Netzwerkmitgliedern führt dann in der Größe, im Gesamtbild ja dazu, dass es sehr unübersichtlich wird. Wenn man sich einmal für eine mittelgroße Stadt wie Oldenburg vorstellt, hätten wir, wenn es sechs Behandler wären, jeweils auf der einen und auf der anderen Seite wahrscheinlich fünf oder sechs verschiedene Netze, Netzverbände, wo dann eben eine Parallelversorgung ausgeschlossen ist. Ich sage mal, dass es bei der Namensgebung womöglich

schon anfängt, wo es unübersichtlich wird, und es dann nachher natürlich für die Patienten, die dann vielleicht zwischen Netzen irgendwo stecken, einfach schwierig wird.

Grundsätzlich teilen wir das, dass natürlich die Organisation einfacher wird, sowohl, was die Verfahrensvielfalt angeht. Wenn man beispielsweise an die Gruppenpsychotherapie denkt, ist es in größeren Netzverbänden wesentlich einfacher, die Verfahrensvielfalt auch in diesem noch unterrepräsentierten Bereich abzubilden. Sicher kann man in ländlichen Regionen dann nach unten davon abweichen, wenn es unbedingt notwendig sein sollte, weil einfach nicht genug da sind, aber ich denke, der Maßstab, so wie es gewollt und wie es gedacht ist, sollte schon in Großnetzverbänden angelegt werden – einfach, weil sich auch aus Versorgungssicht zeigt, dass es dadurch nachher im Gesamtbild – zum Beispiel wie bei mir in Niedersachsen – dann deutlich überschaubarer wird.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Die Frage ausreichend beantwortet, Herr G.? – Ja. – Frau R. [DKG], Sie haben das Wort.

**DKG:** Jetzt bin ich nicht ganz sicher; ich habe eine komplett neue Frage, aber jetzt sind hier auch schon wieder weitere Wortmeldungen, sodass ich gern zurückstehe.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Aber Sie haben ja die schmerzliche Erfahrung gemacht, dass man dann nicht weiß, wann man an der Reihe ist.

**DKG:** Damit muss ich leben; alles gut!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Dann erst einmal weiter zur Größe des Netzverbundes. – Frau Wilms.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Ja, ich bin ja eine aus der Querfurter Platte im Saalekreis, und ich habe meine Kollegen gefragt, wie viele niedergelassene Kollegen, wie viele Psychotherapeuten sie haben. Ich glaube, wir machen eine ganz gute Netzwerkarbeit, und wir kommen alleine bei uns im Versorgungsbereich auf insgesamt sechs Menschen. Mehr möchte ich dazu nicht sagen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Wilms. – Dann habe ich eine Stellungnahme von Frau Claus.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Ich wollte mich Frau Wilms Worten anschließen. Ja, ich sehe schon das Problem, dass wir in ländlichen Strukturen gar nicht diese Vielzahl an Ärzten vorhalten können. Wir haben hier häufig echt das Problem, dass die PIAs auch gerade in den sehr strukturarmen Regionen die Aufgaben der niedergelassenen Nervenärzte übernehmen, weil es die einfach gar nicht mehr gibt. Von daher glaube ich: Wenn man jetzt eine sehr große Netzwerkstruktur als Grundlage fordert, dann wird es so sein, dass diese Versorgung lediglich in Ballungszentren angeboten werden kann. Das muss man berücksichtigen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay, sehr spannend. Jetzt haben wir ja durchaus unterschiedliche Aussagen von den Stellungnehmenden. – Gut. Gibt es zu diesem Punkt weitere Fragen? Frau R. [DKG] hatte ja ein anderes Thema. Wir sind jetzt noch bei der Größe des Netzverbundes. – Herr G. [KBV], noch eine Rückfrage dazu oder ein neues Thema?

**KBV:** Ja, genau, zu Frau Wilms. Die Frage ist, glaube ich: Was macht man zum Maßstab? Macht man den Saalekreis zum Maßstab für die Norm oder sagt man: Ja, das gibt es, das ist wichtig, das muss entsprechend abgebildet sein? – Oder macht man zum Maßstab das, was häufiger eigentlich vorkommt, in dem Sinne von dort, wo auch Patienten sind?

Könnten Sie sich auch vorstellen, dass man eine Lösung findet, die entsprechend situativ auf die besonderen Versorgungserfordernisse ländlicher Regionen eingeht, dass man sagt: Da gelten dann andere Maßstäbe? – Vielleicht würden Sie sagen: Nein, lieber eine Mindestgrenze – und alles andere findet sich? – Das sind ja zwei Möglichkeiten, die man hier gegeneinander abwägen muss.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Darf ich dazu direkt etwas sagen? – Ich hätte die Idee, dass wir auf der einen Seite bevölkerungsstarke Ballungsgebiete haben, wo die Netzverbände mit den großen Strukturen, wie sie jetzt angedacht sind, möglicherweise Platz finden. Möglicherweise gibt es da auch schon Strukturen. Frau ... (?) kenne ich gut; kann ich mir alles vorstellen.

Der Punkt ist: Ich glaube nicht, dass der Saalekreis das Abbild dieser Situation ist. Ich rede von Schleswig-Holstein, von Mecklenburg-Vorpommern, eigentlich von allen Flächenländern. Wir müssen aufpassen, dass wir die Versorgung in Ballungsräumen – die ja immer noch nicht gut ist, wir haben immer noch das Problem, dass Psychosekranken zu spät in kundige Versorgung kommen, auch in Ballungsräumen – gegen die Versorgung in ländlichen Räumen ausspielen oder umgekehrt. Ich glaube, wir müssen einfach eine Lösung finden, die nicht nur eine Ausnahmemöglichkeit für ländliche Räume schafft. Wir müssen auch aufpassen, Menschen im ländlichen Raum nicht abzuhängen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, es gibt jetzt hier auch entsprechende Positionen noch im Chat. Das ist sehr schwierig, die Positionen im Chat hier noch einzubringen. Aber Sie können das ja auch alle lesen.

Gibt es weitere Meldungen zu dem Punkt Größe des Netzverbundes? – Ich habe eine Meldung von Herrn Löhr und eine Meldung von Frau Haun. – Herr Löhr, bitte.

**Herr Prof. Dr. Löhr (DFPP):** Ich finde, dass man an dieser Stelle sehr konkret noch einmal auf den Versorgungsbedarf der Menschen, für die diese neue Netzwerkstruktur geschaffen werden soll, fokussieren muss. Die Frage ist weniger: Wer fühlt sich nicht integriert in ein Netzwerk?, sondern die Frage sollte sein: Ein Netzwerk sollte aus meiner Perspektive atmen können, das heißt, in der Größe variierbar sein, nämlich nach den entsprechenden Bedarfen der Menschen, für die diese Versorgungsform, diese Netzwerkstruktur aufgebaut wird. Das bedeutet aus meiner Perspektive, dass man unterschiedliche Dinge berücksichtigen muss. Einerseits muss man primär den Versorgungsbedarf berücksichtigen und dementsprechend Netzwerkpartner hinzunehmen. Im zweiten Teil, finde ich, muss man das, was Frau Wilms sagt, sehr ernst nehmen, nämlich überhaupt überlegen, wer Netzwerkpartner sein kann. Daher kann man sich gut überlegen, was grundsätzlich in einem solchen Netzwerk an Profession angedacht sein muss. Aber von dieser Grundsätzlichkeit muss im spezifischen Fall abgewichen werden können und müssen, sonst zielt diese Art der Netzwerkstruktur an dem eigentlichen Ziel vorbei.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Jetzt weiter ganz konkret zum Thema Größe des Netzwerks, der Netzwerkstruktur. Ich habe eine Meldung von Frau Haun und dann Herr Pollmächer.

**Frau Haun (bvvp):** Meine Bemerkung richtet sich auch auf die Größe der Struktur. Ich möchte mich dem ganz dringend anschließen, dass diese Netzwerke flexibel sein müssen in der Größe, je nach den gegebenen Verhältnissen. Und was mir auffällt, ist, dass es hier auch Beiträge gegeben hat, wo die Psychotherapeuten nicht einmal vorkommen. Das kann ja, wenn es um Patienten geht, insbesondere Patienten mit psychischen Erkrankungen, gar nicht sein. Ich möchte nicht nur auf die Schwierigkeit hinweisen, die vielleicht daraus entsteht: Wer ist überhaupt vor Ort? Wer kann überhaupt teilnehmen an dem Netzwerk, sondern da auch noch einmal im Anschluss an Frau von Haebler: Wir müssen doch, wenn wir so etwas schaffen und wenn es sinnvoll sein soll, die Behandlungskontinuität der Patienten auch im Auge haben. Und

ich finde, in dem Sinne müssen die Psychologischen Psychotherapeuten an der Koordination und natürlich Kooperation beteiligt sein. Das vergrößert natürlich den Kreis, vergrößert aber auch die vorhandene Kompetenz. Es kann sein, dass es Gebiete gibt, in denen der Kreis kleiner sein muss, weil einfach nicht genügend Leute da sind. Das muss man flexibel handhaben. Aber diese ganze Struktur zielt doch auf Kooperation zwischen den Beteiligten, zielt auf Fallbesprechungen zwischen den Beteiligten. Also wenn man diese Kompetenz wirklich im Sinne der Patienten nutzen möchte, muss man das sehr offenhalten.

Die Last muss auch auf die Schultern verteilt werden, gerade dort, wo nicht so viele Schultern sind. Wir haben das bei uns im Verband auch einmal mit einer Veranstaltung ein bisschen abgetestet: Wer wäre denn bereit, daran mitzuwirken? Es geht ja am Ende auch darum, dass das realistisch umgesetzt werden kann, was man da jetzt an Gebilde schafft. Die Bereitschaft war sehr hoch. Bei uns im Verband sind Ärztliche Psychotherapeuten – ich selbst bin Fachärztin für Psychosomatische Medizin – und die Psychologischen Psychotherapeuten unter einem Dach, die Kinder-und-Jugendlichen-Therapeuten auch. Das ist unser Ziel, Kooperationen zu schaffen. Und wir haben feststellen können, dass die Bereitschaft mitzuwirken, tatsächlich hoch ist. Und das wird man brauchen, aber nur unter der Bedingung, dass auch wirklich viele mitmachen können und an der Koordination dann auch alle beteiligt sind.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Haun. Ich glaube, die Position ist sehr deutlich geworden. – Herr Pollmächer auch zum Thema Größe. Dabei würde ich zunächst bleiben und jetzt auch bitten, einen Moment zu warten, wenn es um ein anderes Thema geht.

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Es geht schon noch einmal um die Größe. Es ist vielfach gesagt worden – das würde ich unterstützen –, dass da eine gewisse Flexibilität walten muss. Wir haben ja vorgeschlagen, dass die untere Größe für den Gesamtverbund 10 Mitglieder ist, also nicht, wie von anderer Seite vorgeschlagen, 30. Wir schlagen vor, dass essentiell auf jeden Fall Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie dabei sein müssen, um diese beiden Kompetenzen abzudecken. Ansonsten könnte man relativ viel Flexibilität walten lassen. Wir könnten uns auch vorstellen, dass es noch ein paar weniger sind. Aber wenn noch genug Zeit wäre und der G-BA an diese Daten herankäme, die es durchaus gibt, könnte man auch versuchen, sich anhand der tatsächlichen Dichte von vorhandenen niedergelassenen Kollegen darüber ein Bild zu machen, mit welchen Größenvorstellungen in welchen Regionen Deutschlands überhaupt etwas möglich ist. Ich glaube, am Ende würde sehr viele Regionen herauskommen, wie sie Frau Wilms beschrieben hat, wo die Zahl derer, die da mitmachen können, extrem bescheiden ist, zumindest auf einer Fläche, die das Ganze noch überschaubar und für die Patienten auch handhabbar und zu meistern macht.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ich habe jetzt folgende Rednerliste: Herr R. [PatV], Herr Greve, Frau Navarro-Ureña, Herr Müller-Mohnssen sowie Herr Hecken. Ich gehe davon aus, dass es allen um das Thema Größe des Netzverbundes geht. – Herr R. [PatV], Sie haben das Wort.

**PatV:** Mir geht es jetzt nicht um die quantitative Größe eines solchen Verbundes und die Frage, wer noch alles zum Verbund dazugehören sollte. Insofern weiß ich jetzt nicht, Frau Dr. Lelgemann, ob das jetzt dazu passt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich würde jetzt tatsächlich erst einmal die Größe abhandeln.

**PatV:** Mir geht es darum, wer dann noch mitwirkt in dem Verbund. Wen brauchen wir außer Ärzten und Psychotherapeuten noch dabei? Das wäre mir die jetzt wichtige Frage.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Dann vielleicht zunächst zur Größe. Herr Greve!

**Herr Greve (DVGP):** Ich beschränke mich auftragsgemäß auf die Frage der Größe. Ich habe mich gemeldet, als Herr G. [KBV] gefragt hat: Nach welchem Kriterium könnte man das denn entscheiden? Mein Vorschlag wäre, das Regionalitätsprinzip herzunehmen. Gemeindepsychiatrie hat sich immer so organisiert, dass sie räumlich nahe und auch strukturell nah bei den Menschen ist, um die es geht. Sonst kann man sie gar nicht einbeziehen – samt Angehörigen, Vorbehandlung usw. Das heißt, ich schlage vor, nicht eine feste Größe zu verabreden – welche auch immer –, sondern ich folge dem, was zum Beispiel Frau Wilms angesprochen hat, zu sagen: Die kommunale Gebietskörperschaft oder eine andere geeignete Region sollte diesen Netzverbund tragen können. – Das kann dann in einem ländlichen Kreis tatsächlich ein Facharzt sein, weil es oft nicht mehr gibt, und vielleicht drei Psychologische Psychotherapeuten. Und in Großstädten und Millionenstädten könnten es auch Stadtbezirke sein.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Greve. – Frau Navarro-Ureña.

**Frau Navarro-Ureña (PIBB):** Die Größe eines Netzes würde ich jetzt auch empfehlen, sich qualitativ anzugucken. Als sehr Erfahrene, seit vielen Jahren in einem Netzverbund Berlin-Brandenburg finde ich es wichtig zu gucken: Was brauchen die Patienten? Der Patient führt uns ja immer zu dem, was er braucht, wieviel er davon braucht. Und natürlich auch die Qualifikation, also: Welche qualifizierten Angebote gibt es eigentlich in der Region? Ich bin auch für das Regionalitätsprinzip; das ist unsere Erfahrung. Und: Klein anfangen! Das heißt, wenn man drei Kollegen hat in einer Region wie in Schleswig-Holstein oder sonst wo und dann noch einen Psychosozialen Träger und dann noch eine Ambulante Psychiatrische Pflege, dann noch zwei Psychotherapeutische Praxen oder eine PIA, die kooperiert – das ist dann schon ein sehr gutes Netz. Aber es geht natürlich auch darum, zu gucken, dass wir die qualifizierten Angebote, die wir aus der Regelversorgung kennen, den Patienten ja vernetzt zur Verfügung stellen. Das ist eigentlich die Aufgabe des Netzes, und da ist es gut, dass es klein ist, damit der Patient auch weiß: Aha, da sitzen die Leute, da bekomme ich das; da ist die Ergotherapie, da ist die Psychologische Psychotherapeutin. – Das heißt, das muss auch so etwas wie Vertrauen auch in einem Netz erst einmal entstehen in der Zusammenarbeit. Nur so kann auch wirklich so eine qualitativ gute und fachspezifische Arbeit dem Patienten dienen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank dafür. – Herr Müller-Mohnssen auch zum Thema Netzgröße.

**Herr Müller-Mohnssen (DGSPS):** Mir hat sich jetzt gerade in der Diskussion die Frage gestellt: Wir haben in Baden-Württemberg ja schon Netzwerke, Gemeindepsychiatrische Verbände, Suchthilfenetzwerke, und wie man diese Netzwerke gegeneinander abgrenzt, also im Sinne der Patientenversorgung, da würde ich mich meiner Vorrednerin anschließen, dass man die überschaubar hält für die ambulanten Anbieter in Verbindung mit den versorgenden Kliniken. Aber wenn die sehr groß werden, dann gibt es Monsterorganisationen, und davor sollte man sich hüten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Herr Hecken.

**Herr Prof. Hecken (G-BA):** Ich habe jetzt für mich mitgenommen, dass die überwiegende Anzahl derjenigen, die sich geäußert hat, dazu tendiert, zu sagen: Die Netzverbände müssen überschaubar sein. Sie sollten auch das, was regelhaft in ländlichen Regionen dargestellt werden kann, einigermaßen abbilden, und zwar nicht als Ausnahme von der Regel, sondern als Regeluntergrenze; aber da jetzt 6 – 6 oder 5 – 5 gilt, wobei ich klar sage, weil das ja auch von Frau Haun angesprochen wurde: Selbstverständlich sind Psychologische Psychotherapeuten zwanghaft in ein solches Netzwerk einzubeziehen.

Jetzt aber an die letzten Wortbeiträge anknüpfend: Gibt es denn qualitativ überhaupt eine Möglichkeit, ein Netzwerk mit den vielfältigen Angeboten, die es darstellen soll, dann abzubilden, wenn ich unter diese 6 – 6 oder 5 – 5 gehe? Eben wurde gesagt, da gibt es möglicherweise nur einen Psychiater, da gibt es nur zwei Psychotherapeuten. Wir haben ja eben diskutiert: Wir müssen Kontinuität für die Patienten gewährleisten, qualitativ personelle Kontinuität. Wir wollen Erreichbarkeit, damit die nicht alle in der PIA oder im stationären Setting aufschlagen. Also die Frage: Ist es qualitativ und von dem Behandlungsansatz, den wir verfolgen, überhaupt denkbar, dass man da in bestimmten Ausnahmefällen ein Netzwerk mit 1 – 2 – 3 – 4 Beteiligten strukturiert – nur um ein Netzwerk zu haben, das am Ende aber Behandlungsqualität nicht gewährleisten kann, Kontinuität nicht gewährleisten kann? Und wie könnte man, wenn das mit Ja beantwortet würde, so eine Ausnahme dann festmachen? Ich kann mir das im Augenblick nicht vorstellen bei diesen komplexen Fällen, wie hier ein oder zwei Psychiater und zwei Psychotherapeuten und vielleicht noch ein Ergotherapeut dann Patienten führen können. Also: Ich würde mal auf die 6 – 6 gehen, einfach als Arbeitshypothese, und dann ganz klar die Frage stellen: Ist es fachlich noch vertretbar, herunterzugehen, oder muss man sagen: Wenn das eben nicht darstellbar ist, dann müssen die Leute weiter fahren, weil wir auch einen qualitativen Anspruch erheben, und nicht nur irgendeine Struktur schaffen, die aber keinen Mehrwert in der Versorgung für den Patienten darstellt?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Hecken. Haben Sie einen speziellen Adressaten?

**Herr Prof. Hecken (G-BA):** Nein, nein, allgemein.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay. Wer möchte antworten? – Herr Harfst.

**Herr Harfst (BPtK):** Ich kann Herrn Hecken insoweit nur zustimmen: Damit das qualitative Leistungsangebot vorgehalten werden kann, wird es eine gewisse Mindestgröße brauchen. Das wird sonst nicht funktionieren. Das heißt dann sicherlich auch in bestimmten ländlichen Regionen: Da wird man auch die Soziotherapeuten und die Ergotherapeuten verzweifelt suchen müssen. Die werden wir dort in den Kreisen nicht finden. Insofern wird es unabdingbar sein, in solchen Räumen dann auch tatsächlich in größeren Regionalitäten zu denken und zu prüfen, wie man dann dort über Zusammenschlüsse dennoch ein gewisses Leistungsangebot, das hier unserem Anspruch an Komplexbehandlung gerecht wird, organisieren zu können. Das scheint mir schwer vorstellbar, wenn man unter so eine Mindestgröße geht, dass das dann noch diesen Ansprüchen tatsächlich genügen könnte und dass auch die Qualität des Netzes, das entsteht, noch einen Mehrwert im Vergleich zu dem beinhaltet, was ohnehin schon vor Ort vorhanden ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ich glaube, es gibt jetzt Wortmeldungen zu Herrn Hecken von Frau Claus, Herrn Löhr, Frau Bormann und Frau Navarro-Ureña. – Frau Claus.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Ich möchte Herrn Hecken auch antworten wegen der Mindestgröße. Ich würde es nicht so sehen, Herr Hecken, dass es mindestens fünf oder sechs sein müssen. Ich möchte auf den Aspekt hinweisen, dass insbesondere dort, wo wir ja sehr dünne Versorgungsstrukturen haben, es umso wichtiger ist, auch ein Netzwerk zu haben, was nicht nur aus „hochkalorischen“ Ärzten und Psychotherapeuten besteht, sondern wo wir vielleicht auch die Strukturen nutzen müssen, die über die Ergotherapeuten, über die Soziotherapeuten usw. kommen, über die Ambulante Psychiatrische Pflege. Und das ist auch die Erfahrung aus der ländlichen Region, also wir können ganz gut auch Versorgung steuern über den Gesamtbehandlungsplan, ärztliche Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan, und dann aber Protagonisten, die sich daran beteiligen. Deswegen bin ich schon dafür, dass wir nicht bei den

fünf oder sechs bleiben, sondern auch mit niedrigerer Anzahl Netze bilden können – entsprechend der Regionalität.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Es sind noch Wortmeldungen hinzugekommen. – Herr Löhr, Sie haben das Wort.

**Herr Prof. Dr. Löhr (DFPP):** Ich sehe es wie Frau Claus: Wir müssen mit den Gegebenheiten arbeiten, die wir quasi vor Ort haben. Die Frage sollte nicht lauten: Können wir eine qualitative Versorgung in Netzwerken aufrechterhalten, wenn wir – ich sage jetzt einmal – a priori definiert haben, wer eine qualitative Versorgung in einem Netzwerk sicherstellen kann, sondern die Frage ist: Wie können wir mit den Akteuren vor Ort in einer Kooperation und in Abstimmung eine Versorgung herstellen, die vielleicht besser ist als die aktuelle, die eher isoliert ist? Das kann vielleicht auch durchaus sein – wie Frau Claus sagte –, dass es mal mehr die Ambulant Psychiatrische Pflege ist, die in einer Region dort tragend ist. Das kann in einer anderen Region eher vielleicht die Struktur der Fachärzte und Psychotherapeuten sein. Das kann in einer anderen Region eher die Soziotherapie sein. Wir werden mit diesen Bedingungen arbeiten müssen und in den regionalen Spezifika mit diesen Bedingungen vielleicht auch erst einmal leben müssen, bis sich etwas an dieser Struktur ändert.

Der andere Teil – jetzt schließt sich das eigentlich an die Diskussion von vorhin an -: Hier sehen wir jetzt, wie wertvoll es ist, die PIAs auch mit in diesen Netzwerken zu denken, da die PIAs durchaus – je nach Versorgungsregion – noch eine stabile Größe darstellen, um auch da – wie gesagt – in diesem Netzwerk eine Aufgabe zu übernehmen und – je nachdem – mehr oder weniger auch Rollen in der Versorgung am Ende zu übernehmen. Also ich glaube, wir müssen mit den Bedingungen leben. Wir sollten es nicht an Größen fixieren, und wir sollten es nicht unbedingt an Berufsgruppen fixieren, denn dann – wie Herr Brieger vorhin im Chat schrieb – sieht es mau aus, dann brauchen wir in verschiedenen Regionen mit dieser Form eigentlich gar nicht anzufangen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ich würde Sie angesichts der Zeit bitten, sich bei Ihren Wortmeldungen auf die Frage von Herrn Hecken zu beziehen, aber auch jeweils zu gucken: Gibt es neue Aspekte, oder können Sie sich Vorrednerinnen oder Vorrednern anschließen? – Ich habe als Nächste Frau Bormann, Herrn Greve, Frau Wiesner und Frau Roth-Sackenheim. Für Sie alle gilt die Frage: Ist es wirklich ein neuer Aspekt? Das wäre, wie gesagt, für uns wichtig. Anschließend hätten wir ja die Frage von Herrn R. [PatV] zur Art und Weise des Netzverbundes und insbesondere auch die Frage von Frau R. [DKG], die sie noch gar nicht gestellt hat. Also von daher bitte ich darum, zu überlegen: Ist die Wortmeldung erforderlich? – Frau Bormann, Sie haben das Wort.

**Frau Bormann (DGVT):** Ich möchte zu der Anmerkung „sich anpassen an das, was geht“ noch einmal auf den Folgeabsatz, den Absatz 5, hinweisen, wo die Patientenvertreter ja sehr deutlich darauf hingewiesen haben, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste, Krisendienste, Psycho-soziale Beratungsstellen und Ähnliches einbezogen werden können. Und das höre ich nie. Ich höre immer nur: Die, die im medizinischen System sind. – Aber gerade in den Regionen, wo vielleicht zu wenig im medizinischen System, im psychotherapeutischen System, sollten wir diese Einrichtungen ernst nehmen, weil: Da sind die Menschen ja auch angebunden, oft über Jahre und Jahrzehnte angebunden. – Dass wir die wirklich ernsthaft mitdenken!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Dann habe ich eine Wortmeldung von Herrn Greve. – Vielen Dank, Frau Wiesner; ich habe gesehen, Sie haben zurückgezogen.

**Herr Greve (DVGP):** Aus meiner Sicht hängt die Leistungsfähigkeit eines solchen Netzverbundes nicht davon ab, ob mindestens soundso viele Vertreter einer einzelnen Berufsgruppe darin vertreten sind. Davon wird das Netz normalerweise nicht komplexer, sondern eher davon,



dass die Vielfalt der örtlichen Leistungserbringer vertreten ist. Deswegen würde ich noch einmal ganz energisch dafür plädieren, zu sagen: Wir nehmen die, die vor Ort sind, und das sind dann in manchen Regionen ein und zwei, aber wenn wir dann auch Soziotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychosoziale Leistungserbringer haben, dann ist dieses Netzwerk komplett und vollständig. Dafür brauchen wir nicht fünf Fachärzte und auch nicht fünf Psychotherapeuten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Alles klar. Also die Interdisziplinarität oder Multiprofessionalität ist aus ihrer Sicht das Entscheidende. – Gut. Dann habe ich eine Wortmeldung von Frau Roth-Sackenheim.

**Frau Dr. Roth-Sackenheim (BVDP):** Ich möchte nicht wiederholen, was alle schon gesagt haben, aber ein bisschen auf einen pragmatischen Gesichtspunkt hinweisen: Alle Netze, die ja schon seit einigen Jahren erfolgreich laufen, haben klein angefangen, haben vernetzt, was vor Ort war, die haben sich aufgebaut, haben Erfahrungen gemacht. Das können wir doch nutzen.

Natürlich gibt es Regionen, wo es schwierig wird. Aber dieses Argument, dass in bestimmten Regionen wenig vertragsärztliche Psychiater sind, möchte ich jetzt nicht als eine Generalkeule – dass das gar nicht geht – gelten lassen. Immerhin sind wir 6 000 niedergelassene Fachärzte, und wir stemmen doch gut 80 Prozent der psychiatrischen Versorgung. Da möchte ich schon darauf hinweisen, wie groß der Versorgungsanteil ist. Wir haben aber gemerkt – immer schon, da kämpfen wir seit vielen Jahrzehnten darum –, dass es eine Lücke gibt in der Versorgung, wo es ambulant etwas intensiver oder komplexer werden muss. Den Bereich haben die Kliniken auch erkannt und versuchen es aus ihrem Sektor heraus zu verbessern – Stichwort StäB, aber wir haben im ambulanten Bereich eben auch das Thema und strengen uns seit Jahren an, da eine Struktur dafür zu schaffen. Darum geht es uns in dieser Richtlinie.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Jetzt habe ich noch eine Wortmeldung von Herrn Maaß, und dann müssten wir jenseits der Größe des Netzes zu der Frage von Herrn R. [PatV] kommen – möglicherweise ist die auch schon beantwortet: Wer muss dabei sein? – Und dann hat Frau R. [DKG] das Wort. – Herr Maaß.

**Herr Dr. Maaß (DPtV):** Ich möchte gerade in Bezug auf die Regionalität auch noch einmal darauf hinweisen, dass es ja einen Unterschied gibt zwischen einem Netzwerkverbund und dem Behandlerteam. Das Behandlerteam ist ja vor allen Dingen das, was regional zählt. Also gerade auf dem Land! Ich habe meine Praxis in Ostfriesland, wir sind sehr froh, wenn wir sozusagen die organisatorischen Aufwände und auch so etwas wie Soziotherapie überregional, in größeren Verbänden organisieren können. Die Behandlung vor Ort findet ja letztendlich in dem Behandlungsteam statt; das ist noch einmal eine ganz andere Aufgabe. Ich habe den Eindruck gehabt, das geht ein bisschen durcheinander. Ich würde also noch einmal für die Trennung und für große Netze werben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Herr R. [PatV], sind Ihre Fragen und Aspekte bereits ausreichend beantwortet? Kann ich an Frau R. [DKG] weitergeben?

**PatV:** Mit Blick auf die Zeitökonomie ziehe ich zurück.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut. – Frau R. [DKG], Sie haben das Wort.

**DKG:** Meine Frage geht an den VKD, an Herrn Höhmann, und zwar jetzt noch einmal in eine ganz andere Richtung. Es geht um die Genehmigung oder Prüfung der Voraussetzungen, bevor ein Netzwerkverbund an den Start gehen kann. Da gibt es ja auch verschiedene Auffassungen – das haben Sie im Entwurf gesehen, als Sie Stellung genommen haben –, ob die Zulassungsausschüsse die Netzwerkverbände genehmigen müssen oder ob irgendwie anderweitig eine Prüfung zu erfolgen hat oder ob das gar nicht erforderlich ist.

Herr Höhmann, ich glaube, Sie hatten auch dazu ausgeführt in Ihrer Stellungnahme, dass Sie das für nicht sehr sachgerecht und sinnvoll halten, dass das über die Zulassungsausschüsse geschieht. Könnten Sie ergänzen, warum Sie diese Auffassung vertreten?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank.

**Herr Höhmann (VKD):** Das will ich gern tun, Frau R. [DKG]. Es ist zutreffend, wie Sie das formulieren. So haben wir das geschrieben: Die Bildung eines Netzverbundes – über dessen Größe ja jetzt die Fachleute trefflich gestritten haben. Wir als Ökonomen aus den Leitungen der Kliniken halten uns aus inhaltlichen Dingen selbstverständlich heraus. Aber soweit die Ökonomie betroffen ist – und bei der Größe der Einrichtungen ist die Ökonomie in erheblichem Maße betroffen; ich wollte nur nicht dazwischenreden –, wäre das dann noch einmal zu prüfen, wenn es denn so kommt.

Um zu Ihrer Frage zu kommen: Mangels der gesetzlichen Grundlage sehen wir überhaupt kein Erfordernis eines weiteren Genehmigungsverfahrens. Wir müssen immer daran denken: Wenn wir von der Beteiligung zum Beispiel der Netze, zum Beispiel der PIAs reden, dann reden wir ja immer von irgendwelchen rechtsfähigen Gebilden, und in der Regel ist die PIA ein Teil eines Krankenhauses und der Netzverbund muss sich irgendwie formieren. Wir sehen zurzeit auch keine Institution, die man damit sektorenübergreifend beschäftigen könnte. Wir sehen keine Institution mit paritätischer Besetzung, und wir glauben nicht, dass wir die KBV da zum Zuge kommen lassen sollten, weil das ja an der Wirklichkeit vorbeigeht, weil das Ganze ja primär therapeutisch keine Frage ist, aber sekundär, auch organisatorisch und finanziell.

Und ich will nur die eine Bemerkung machen: Wenn wir als kaufmännische Leitungen von kleineren und größeren Einheiten darüber nachdenken, wie wir das organisieren sollen, dann bin ich fast bei Frau Wilms, die eben gesagt hat: Wir haben ein komplexes System und packen noch einmal ein neues komplexes System obendrauf. – Grundsätzlich glauben wir: Man muss sich gut überlegen, wie man das will. Ich weiß, dass es so vorgesehen ist. Ob es letztlich funktioniert, bleibt abzuwarten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Frau R. [DKG], das war klar in der Antwort?

**DKG:** Ja, vielen Dank.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut. – Dann bedanke ich mich ganz herzlich für diesen ersten Teil und würde vorschlagen, dass jetzt der Moment für die schon angekündigte Viertelstunde Pause ist. Mein Rechner sagt: 15.07 Uhr. Wir beginnen uns fünf Minuten vor 15.30 Uhr hier wieder zu sammeln. Dann geht es spätestens um 15.30 Uhr wieder los.

Vielen Dank schon einmal für den ersten Teil sehr spannender Diskussion. Bis gleich!

(Pause)

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich würde eine kleine Änderung unserer Reihenfolge vorschlagen und hoffe, dass Sie damit einverstanden sind. Ich würde vorschlagen, dass wir jetzt mit der Koordination der Versorgung der Patienten und dem Netzverbundbeauftragten weitermachen, weil sich das nahtlos anreicht an das, was wir eben diskutiert haben und dann anschließend zu dem Thema „Bezugsarzt, Bezugspsychotherapeuten“ kommen, wenn das für Sie so in Ordnung ist. Vielleicht bekomme ich von den Sprechern des Unterausschusses ein Nicken oder so dafür?

(Die Sprecher des Unterausschusses stimmen zu.)

Gut, dann steigen wir auch sofort in die nächste Runde ein. Und zwar geht es jetzt um das Thema „Koordination der Versorgung der Patienten“ und – so haben wir es hier in unserer Überschrift genannt – „Netzverbundbeauftragter“, also die §§ 6, 7 und 11.

Es ist vorhin in der Diskussion schon einmal deutlich geworden, dass hier zu unterscheiden ist, was zu koordinieren ist, nämlich einmal der Netzverbund und einmal der Patient oder die Patientin innerhalb des Netzverbundes. Das bitte ich nur noch einmal zu berücksichtigen bei dieser Diskussion. – Ich eröffne jetzt die Fragerunde. Wer mag beginnen? – Herr R. [PatV], bitte.

**PatV:** Dann mache ich gerne den Anfang. Vielen Dank, Frau Dr. Lelgemann. – Es gibt in der Richtlinie eine Unterscheidung zwischen der Verantwortlichkeit für den Gesamtbehandlungsplan durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten, wo das vorgesehen ist, und den Aufgaben in der weiteren Koordination in dieser Versorgung.

In der Diskussion steht die Fragestellung nicht, welche Aufgaben diese koordinierende Person haben soll – da gibt es relativ weitgehende Übereinstimmungen, wie Sie wahrscheinlich auch gesehen haben –, sondern eigentlich die Frage: Wo ist diese Person angesiedelt? Ist das eine Person, die an irgendeiner Stelle bei irgendeinem der Anbieter innerhalb dieses Netzverbundes angesiedelt oder angestellt ist und mehr oder minder diese Tätigkeit in einer bestimmten Regelmäßigkeit ausübt? Oder sollte es eine Person sein, die aus dem engeren Kreis derjenigen stammt, die direkt mit der Behandlung des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin befasst ist und unmittelbar das Vertrauen der Person genießt, weil Sie die an der Behandlung beteiligte Person ist? Das sind zwei unterschiedliche Konzepte, die in gewisser Weise hier zu Diskussion stehen.

Hierzu würde der Patientenvertretung interessieren, wie Sie das sehen. Insbesondere haben wir an den Dachverband Gemeindepsychiatrie, Herrn Greve, an die APK, Herrn Professor Brieger, an den DDPP, Frau Professor von Haebler, gedacht. Aber auch Frau Sauter und vielleicht auch Frau Navarro-Ureña können vermutlich etwas dazu sagen

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Genau. Ich glaube, Herr Brieger will auch etwas dazu sagen. Aber fangen wir mit der von Ihnen vorgeschlagenen Reihenfolge an. Das war, glaube ich, als erstes Herr Greve, den Sie angesprochen hatten. – Herr Greve, bitte.

**Herr Greve (DVGP):** Wir haben uns in der schriftlichen Stellungnahme an etlichen Punkten für eine größtmögliche personelle Kontinuität ausgesprochen. Da komme ich jetzt zu der Grundsatzkritik von Frau Wilms im ersten Teil, nämlich im Netzverbund neben die jeweils Zuständigen im konkreten Einzelfall eine vorhandene Vertrauensperson zu setzen, ist eine schwierige Konstruktion, hat das Risiko vieler personeller Brüche und Veränderungen.

Wir sind sehr dafür, dass diejenigen, die ohnehin am Start sind, die das Vertrauen – bei schwer psychisch erkrankten Menschen ist das die entscheidende Währung – genießen, dass diejenigen auch die Koordinationsaufgabe haben sollen. Abgesehen von der Frage, dass das mehr ist als eine bloße technische Koordination. Es geht mehr in Richtung des Konzeptes der betreuenden Bezugsperson, koordinierenden Bezugsperson im gemeindepsychiatrischen Verbund, also das ist keine reine Fürsorge dafür, dass alles zustande kommt und zusammenpasst, sondern auch eine Begleitung des Patienten als Ankerperson, als Lotsenfunktion. Daneben ein technokratisches Verbundkonzept zu setzen, glauben wir, hat nicht so sehr gute Erfolgschancen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Greve, für die klare Positionierung. – Wer mag ergänzen? – Herr Brieger, bitte.

**Herr Prof. Dr. Brieger (APK):** Ich kann mich dem komplett anschließen, was Nils Greve sagt. – Ich habe noch zwei Hinweise: Es gibt dazu auch gute Evidenz. Also, es geht ja um die Frage: Wollen wir externalisiertes Case Management haben, oder wollen wir eine Koordination aus dem Behandlungsteam heraus?

Es gibt beispielsweise einen Cochrane Review zu dem Thema, der zeigt: Externes Case Management hat keine Wirksamkeit. Thomas Kallert hat dazu auch einen Übersichtsartikel vor

ein paar Jahren gemacht. Es gibt auch ein RCT von Urs Hepp in Winterthur, der das mit der Standardversorgung verglichen hat. Dort kam heraus, dass dieses externalisierte Case Management bei den meisten Outcome-Parametern der Standardversorgung unterlegen war. Es hat zu einer Verlängerung der Behandlung geführt; es hat zu komplizierteren Behandlungen geführt, weil diese externen Case-Manager eben nicht gut in die Behandlungsprozesse integriert waren.

Der Urs Hepp ist bis heute über das Ergebnis entsetzt, weil er etwas ganz anderes erwartet hat. Aber es konsolidiert ziemlich viel Evidenz, dass dieses externalisierte Case Management nicht nützlich ist, sondern, dass es eher zu einem Wasserkopf führt und zu einer Bürokratisierung und dass die Behandlung oder auch die Koordinierung aus dem Team erfolgen muss.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Manche Zustimmung ist im Chat schon geäußert worden. Gibt es weiteren Ergänzungsbedarf?

**Frau Navarro-Ureña (PIBB):** Vielleicht muss man bei den Patienten anfangen. Also, der Patient fällt ja nicht vom Himmel in die Praxis. Sondern er kommt schon mit einem Beziehungsgeflecht in die Diagnostik oder in die Sprechstunde. Dieses Beziehungsgeflecht, das sehen wir ja hier in der Praxis, oder es gibt über die PIA oder über das Entlassungsmanagement einen Kontakt. Dann ist natürlich der Patient derjenige, der sagt, zu wem Vertrauen hat und mit wem er von A nach B – wenn es denn sein muss –, gehen will. Natürlich spielt hier auch die fachspezifische Diagnostik eine große Rolle. Das heißt, aus der Diagnostik heraus entstehen erst die Behandlungspfade und die sinnvollen therapeutischen Angebote.

Der Patient muss natürlich – das ist wie ein ständiger Prozess – ständig gefragt werden: Schaffen Sie das schon? Oder: Können Sie das, wollen Sie das? Was denken Sie dazu? Was ist denn Ihr Ziel? Das ist wirklich ein psychotherapeutischer, psychodynamischer Prozess. Oft muss man aber auch bei bestimmten Patienten, die sehr, sehr schwer krank sind, etwas in ihrem Sinne vorschlagen. Und das ist etwas, was wirklich nur in einem vertrauensvollen Beziehungsgeflecht entsteht und auch durchgehalten wird. Dadurch entsteht eine Behandlungskontinuität und dann eben auch eine Stabilität in der psychischen Erkrankung.

Und wenn es denn dann doch wieder abbricht, dann geht er wieder in diese vertrauensvolle klinische Struktur. Da müssen wir auch zwischen den Sektoren schauen: Wer begleitet ihn dort hin, oder wie ist dieser Kontakt gebahnt?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! Das war ein sehr eindeutiges Votum. – Herr R. [PatV], ist die Frage beantwortet?

**Frau Prof. Dr. von Haebler (DDPP):** Ich würde mich den Vorrednern wirklich anschließen, aber zwei Dinge noch ergänzen wollen.

Das eine ist, dass das Psychotherapeutische wirklich die personelle Kontinuität wählen kann und dass es auch notwendig ist, dabei die konzeptuelle Kontinuität im Kopf zu behalten, so dass da jemand dabei sein muss, der darüber auch einen Überblick hat. Das kann kein reiner Bürokrat sein; das geht nicht.

Das andere ist noch: Ich denke, wir dürfen die Peers nicht vergessen, die in dem Zusammenhang mit den psychisch Schwerkranken tatsächlich eine sagenhafte Rolle spielen, die erst in den letzten Jahren so deutlich geworden ist, wie Sie uns heute wirklich weiter helfen, genau mit diesen schwerkranken Patienten. – Danke!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für diese Ergänzung. – Gibt es weiteren Ergänzungsbedarf?

**Frau Sauter (DFPP):** Ich würde mich gern Nils Greve, den Vorrednern und auch der Frau Navarro-Ureña anschließen. – Wir haben es auch in der Stellungnahme geschrieben: Es muss

eine Personenkontinuität da sein. Wir wollen auch keine Zusatzstrukturen. Darauf hat auch Frau Wilms deutlich hingewiesen. Es müssen Personen sein, die in enger Koordination und Zusammenarbeit mit den Betroffenen möglichst schon langjährig stehen. Das können sehr unterschiedliche Personen sein, auch von sehr unterschiedlichen Berufsgruppen. Das hängt immer von der Person ab und der aktuellen Situation vor Ort.

Wir wollen auch sagen, dass die Person auf jeden Fall nachgehend arbeiten muss. Das ist mir noch einmal wichtig, zu erwähnen. Das ist vielleicht nicht immer selbstverständlich. Bei manchen Berufsgruppen wird immer Wartezimmerfähigkeit von Patienten erwartet. Das muss eine Person sein, die hingehet und die auch die Familie und die Netzwerke des Betroffenen gut kennt. Das reicht nicht, wenn die Person die psychodynamischen Strukturen des Betroffenen kennt. Die Person muss auch seine Ressourcen, seine sozialen und seine Umgebungsressourcen gut kennen. – Danke schön!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Sauter. – Wir haben hier eine Zustimmung von Herrn Brieger, der in diesem Kontext auf die Genesungsbegleiter aufmerksam macht. – Jetzt habe ich eine Wortmeldung von Frau Donner. Ich nehme an direkt dazu?

**Frau Donner (BED):** Ja, genau. – Ich mag den Aspekt in Bezug auf die Vorredner einmal darauf lenken, dass sich all das nicht mit einer Weisungsgebundenheit verträgt. Dazu gab es auch in der Richtlinie einen Vorschlag. Wir sprechen uns ganz klar dafür aus, dass der Fokus hier auf der interprofessionellen Zusammenarbeit liegt und es nicht sein kann, dass irgendjemand hier quasi der Weisungsberechtigte ist, der dieses Team führt und lenkt. Das wäre für uns ganz wichtig.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Herr R. [PatV] ist die Frage beantwortet? Dann würde ich weitergeben.

**PatV:** Ja, danke.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut. – Herr D. [GKV-SV], Sie haben das Wort.

**GKV-SV:** Für mich schien es jetzt so, als ob sich hier ein Konsens herausbildet, dass kein externalisiertes Case Management stattfinden darf. Das würde dann vermutlich auch bedeuten, dass gerade, wenn man eben auch dieses Vertrauensgeflecht und diese Stabilität der Behandlung aufbauen will, keine Delegation dieser Koordinationsleistung möglich sein kann. Das würde – wenn ich das jetzt richtig verstehe –, weil man sich nun auch überlegen muss, woher wir diese Kapazitäten nehmen, um eben überhaupt den Patienten in dieser Form kontinuierlich zu betreuen, aus unserer Sicht bedeuten, dass dann beispielsweise Ergotherapeuten oder Soziotherapeuten diese Begleitung des Patienten vornehmen würden. Darauf zielt auch meine Frage ab. Ich würde die Frage an den Berufsverband der Soziotherapeuten, Berufsverband für Ergotherapeuten in Deutschland und an die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege stellen: Denken Sie, dass eine koordinierende Tätigkeit, die unter anderem die Vernetzung der in der Versorgung beteiligten Leistungserbringer, die Vereinbarung von Terminen, aber auch das Aufsuchen des Patienten in seinem häuslichen Umfeld von den Berufsgruppen, die sie vertreten, getätigt werden kann? – Das ist die Frage, die ich gerne an Sie richten würde.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr D. [GKV-SV]. – Wer mag von Ihnen beginnen?

**Frau Sauter (DFPP):** Ich weiß nicht, ob es noch eine Nachfrage gibt. Aber natürlich kann man das erbringen, wenn man die geeigneten Akteure vor Ort hat, und natürlich gibt es diese Menschen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielleicht war die Frage auch ein bisschen nach den Ressourcen. – Aber ich gebe noch einmal weiter. Sie hatten, glaube ich, auch den Berufsverband der Ergotherapeuten angesprochen, Herr D. [GKV-SV].

**Frau Donner (BED):** Ein ganz klares Ja, natürlich unter dem Aspekt oder der Berücksichtigung des Fachkräftemangels. Trotzdem ist insbesondere die Berufsgruppe der Ergotherapeuten natürlich dafür geeignet, ganz nah am Patienten zu sein und sowieso im häuslichen Umfeld auch stark vertreten zu sein. Deswegen ein ganz klares Ja. – Und danke, Herr D. [GKV-SV], für die Frage.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** – Vielen Dank. Ich habe jetzt eine Wortmeldung von Frau Claus, ich nehme an auch direkt dazu, und anschließende Frau Wiesner für den Berufsverband der Soziotherapeuten.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Ich wollte mich auch noch einmal auf die Frage von Herrn D. [GKV-SV] melden. – Ich finde, es gehen hier ein paar Sachen durcheinander, was die Begrifflichkeiten angeht. Zum einen dieses Thema „Aufsuchen Ja oder Nein“, also ein ganz klares Ja zum Aufsuchen. Aber das hat nichts mit einer Berufsgruppe zu tun. Sondern das müssen alle Berufsgruppen, die in der komplexen koordinierten Versorgung arbeiten, tun. Also der Teil ist klar.

Was die Leitung angeht, ist es ja so: Wir brauchen für die – – [Anm.: Tonausfall]

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Frau Claus, wir können Sie jetzt nicht mehr hören. Ich glaube, Ihre Leitung ist zusammengebrochen. Wir haben auch kein Bild von Ihnen. – Ich gebe solange jetzt erst einmal an Frau Wiesner weiter.

**Frau Wiesner (BV SozTh):** Ich bin selber praktizierende Soziotherapeutin in eigener Praxis in Sachsen-Anhalt. Selbstverständlich können wir Soziotherapeuten, sicher auch die Ergotherapeuten und noch andere Leistungserbringer sehr gerne eine Koordination übernehmen. Was ich mich allerdings die ganze Zeit auch schon frage, wie es dann in der Praxis aussehen soll. Ich kann nur berichten: Wir sind jetzt gerade hier in Sachsen-Anhalt in Verhandlungen mit den Krankenkassen bezüglich der Finanzierung der Soziotherapie, also einer auskömmlichen Finanzierung, die bisher bundesweit immer noch nicht besteht. Ehrlich gesagt, wäre das für mich ein ziemlich großer Knackpunkt. Also: Wie soll diese Netzwerkarbeit finanziert werden? Wer kümmert sich um eine hinreichende Vergütung, und wie sind dazu die Ideen? Das ist vielleicht noch einmal ein ganz anderer Aspekt, aber ich finde ihn durchaus wichtig. Denn Netzwerkarbeit ist eher auch Arbeit, die nicht direkt am Patienten ist und die dann quasi per Gesetz auch nicht vergütet wird, jedenfalls nicht hier. Ich würde das sehr, sehr gerne machen. Aber die Frage steht für mich.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Nun nehme ich das erst einmal als Stellungnahme, dass die Voraussetzung ist, dass es dann eine entsprechende Vergütung gibt. Vielen Dank, Frau Wiesner, dafür. – Frau Claus, können Sie uns wieder hören? Können wir Sie wieder hören?

**Frau Dr. Claus (BDK):** Ja, Entschuldigung, ich hatte Schwierigkeiten. Ich glaube, jetzt geht es wieder, oder?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, wir können Sie wieder verstehen.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Ich wollte nur noch einmal darauf hinweisen, dass es vorhin ein bisschen durcheinander gegangen ist. Also: Die aufsuchende Tätigkeit muss selbstverständlich von allen, die in der Versorgung arbeiten, berufsgruppenunabhängig durchgeführt werden. Wir sehen auch die Notwendigkeit, dass es eine ärztlich geleitete Behandlung gibt, einfach deswegen, weil es die verschiedenen Aspekte – somatische, psychiatrische und psychopharma-

kologische – bei den Schwerkranken gibt, und dass aber selbstverständlich Teile der Koordination auch durch unterschiedliche Teilnehmer übernommen werden können. Ich sehe nicht, dass der Gesamtbehandlungsplan für diese Patientengruppen von einer nichtärztlichen Berufsgruppe übernommen werden kann.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Dann habe ich noch eine Wortmeldung von Herrn Greve zu Herrn D. [GKV-SV] und Frau Wiesner.

**Herr Greve (DVGP):** Das Kuriose in der Richtlinie, über die wir hier gerade diskutieren, ist ja, dass sie meiner Meinung nach – und das schließt an Frau Wilms – etwas überreguliert, was sehr viel einfacher zu haben wäre. Das haben wir im Psychatriedialog des Bundesministeriums für Gesundheit mehrfach diskutiert. Es würde genügen, wenn alle Berufsgruppen, die von der Qualifikation für die Aufgabenstellungen dafür geeignet wären, eine solche Koordinations-, Anker- und Lotsenfunktion regelhaft bezahlt bekämen. Das ist übrigens, Frau Wiesner, bei den Soziotherapeuten am ehesten auch der Fall. Aber eigentlich würde das genügen. Denn alle können von ihren Aufgabenstellungen her koordinieren. Und die regionalen Gegebenheiten sind dermaßen unterschiedlich, dass ich ernsthafte Zweifel habe, ob wir mit der Konstruktion eines in irgendeiner Form standardisierten Netzverbundes hier wirklich Fortschritte schaffen können.

Das einzige, was da noch fehlen würde – das hat Frau Claus gerade angesprochen – wie eine Gesamtplanung zustande kommt. Das ist, glaube ich, im Moment noch nicht der Punkt. Aber ich will vorwegnehmend schon einmal sagen: Wir hätten dann auf Dauer zwei Gesamtpläne, und zwar eine im SGB V und einen im SGB IX. Das kann es auch nicht sein. Das heißt, eigentlich müssten wir es überall schaffen, dass eine Koordinations- und Ankerbezugspersonenleistung einschließlich der Einbeziehung aller übrigen, wie in allen SGBs als Regelleistung vorgesehen und für alle Leistungsarten regelhaft auch vergütet wird, die dafür infrage kommen. Dann hätten wir das Problem, meiner Meinung nach, gelöst.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Greve. – Ich habe jetzt hierzu eine Wortmeldung von Frau Böker und von Herrn Pollmächer.

**Frau Böker (bvvp):** Ich komme noch einmal zurück zur Richtlinie, wenn auch vielleicht an manchen Stellen überreguliert: Ich sehe die Koordinierungsfähigkeit und Zuständigkeit schon bei den Ärzten und auch genauso bei den PsychotherapeutInnen. Also, aus meiner Sicht können da beide sowohl Bezugstherapeuten als auch Koordinierer sein, die aber natürlich auch delegieren können. Und dann kann man jeweils wieder schauen: Was bringt der Patient schon mit? Gibt es auch schon eine vertraute Person, die dann durch eine Kooperation beispielsweise eingebunden wird? Oder muss man erst einmal jemanden zur Verfügung stellen, oder was kann man auch selber übernehmen? Ich finde – das ist mir noch aufgefallen – die Liste der Koordinationsfunktionen oder -aufgaben an manchen Stellen in sich nicht so schlüssig. Denn einmal geht es mehr um Verwaltungstätigkeiten, und einmal geht es wirklich auch direkt um Arbeit an dem Patienten. Aber das wäre mein Votum, dass der Bezugsbehandelnde der Ausschlaggebende ist, der da schaut, mit wem er kooperiert.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ich habe noch eine Wortmeldung von Herrn Pollmächer.

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Ich möchte noch einmal an das anschließen, was Frau Claus gesagt hat, und darauf hinweisen, dass zwei verschiedene Sachen zu regeln sind. Es ist einerseits zu regeln, wer die Sache organisiert und koordiniert. Und das – da möchte ich mich vielen Vorrednern anschließen – kann eigentlich fast jeder, der in dem System erfahren ist; dafür braucht man nicht ganz spezielle berufliche Qualifikationen. Es ist vielleicht wirklich am besten, das macht der, der den Patienten am besten kennt und am meisten mit ihm zu tun

hat. Aber, was es darüber hinaus in einer Versorgungsform, die im SGB V eine komplexe medizinische Situation regelt, geben muss, ist tatsächlich eine Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan. Also, es muss auch einer sagen, wo es lang gehen soll und welche Dinge wirklich notwendig sind.

Auch wenn ich weiß, dass da ein Dissens besteht, möchte ich noch einmal die Position der DGPPN klar machen, dass das bei diesen Patienten, die als besonders schwer erkrankt gelten und die als Patienten gelten, die intensiv sowohl psychiatrisch-somatischer als auch psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen, eben gerade nicht die Psychotherapeuten sein können, zumindest nicht die nichtärztlichen Psychotherapeuten.

Also, ich denke, dass gerade bei diesen Patienten am Ende in dieser Art von Netzwerk, wie gesagt, für die Gesamtbehandlungsplanung – das ist etwas ganz anderes als die Koordination – die Psychiatrie und Psychotherapie den Hut aufhaben müsste. – Danke schön.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Herr Pollmächer hat jetzt ein bisschen das Thema weitergemacht und hat auf die beiden erforderlichen Aufgaben aufmerksam gemacht. – Herr G. [KBV], passt Ihre Frage dazu oder soll ich erst einmal mit den Wortmeldungen weitermachen?

**KBV:** Meine Frage hat sich fast erübrigt. Sie ging noch einmal in die Richtung: Braucht es immer zwingend eines nichtärztlichen Koordinators? Wie ich die Wortmeldungen wahrgenommen habe, geht es eher in Richtung, dass es ein Team ist und abhängig von der Kontinuität der Versorgung und Situation wird dann bestimmt und nicht immer zwanghaft, ob nichtärztlich oder ärztlich. Ich glaube, das ist eine gute Lösung, die wir uns anschauen werden.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Wobei es, wenn ich es richtig verstanden habe, die Koordination der Patienten betrifft. Jenseits dessen gibt es möglicherweise auch noch die Koordination des Netzverbundes, was dann eine reine organisatorische Aufgabe ist. Und dann gibt es das Thema „Bezugsbehandler“ – ich nenne es jetzt mal so.

**KBV:** Das war ja mit angeklungen, das hatten Sie gleich eingangs gesagt: Der Netzwerkbeauftragte – schreckliches Wort –, also diese Idee, dass es auch jemanden gibt, der sich kümmert um die Struktur als solche, dass die erreichbar ist, dass da Pläne gemacht werden, abgestimmt wird, wer wann in Urlaub geht, dass Erreichbarkeiten sichergestellt werden, ist auch ein Element, das wir in unserem Konzept mit vorsehen, was natürlich auch nicht bürokratisch werden kann. Aber auch da habe ich eher den Wortmeldungen entnommen: Es braucht Kümmerner; es läuft nicht von alleine. Man muss entsprechend auch Vorkehrungen treffen, dass etwas funktioniert.

Herr Greve – Danke für den Hinweis –, man muss aufpassen, dass man nicht zu viele parallel sich gegenseitig koordinierende oder abzustimmende Schnittstellen schafft. Auch das werden wir uns noch einmal anschauen, wie man das, so weit es geht, vermeidet, dass hier ein Regulierungsnirwana entsteht.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr G. [KBV]. – Dann habe ich jetzt Wortmeldungen von Frau Sauter, Frau Berwanger und Herrn Hartkamp.

**Frau Sauter (DFPP):** Herzlichen Dank! – Ich werde irgendwann mit dem Thomas Pollmächer im Laufe der nächsten Zeit in den Ring steigen müssen, was die ärztliche Gesamtverantwortung oder die ärztliche Behandlungsführung angeht.

Ich sehe es nicht, dass wir eine Weisungsgebundenheit an den Behandlungsführer haben, weil wir fachliche und inhaltliche Argumente haben. Der Arzt regelt die Verantwortung. Er wird aber im Boot sein; er wird auch bei der Erstdiagnostik dabei sein; er wird auch beim Monitoring dabei sein. Er hat seinen Verantwortungsbereich. Die anderen Berufsgruppen haben das



auch. Und derjenige, wo es am meisten Sinn macht, hat diese Netzwerkverantwortung. Darüber hinaus braucht es nicht eine weitere explizit ausgewiesene Verantwortung. Der Arzt ist ja für die Behandlung verantwortlich. Ich denke, der zuständige Psychiater wird dann schon auch eine Überweisung an irgendjemand veranlassen, wenn gerade ein internistisches Problem vorliegt. Von daher verstehe ich es vielleicht nicht ganz genau, warum das dann noch zusätzlich gesondert ausgewiesen werden muss. Aber ich kann es auch inhaltlich nicht verstehen, denn der ärztliche Behandlungsplan gilt natürlich für die ärztliche Behandlung. Und darüber hinaus gibt es Themen, die jetzt nicht vom Arzt unbedingt explizit noch einmal nachgehalten, abgeseget und genehmigt werden müssen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Sauter. – Dann habe ich jetzt eine Meldung von Frau Berwanger.

**Frau Berwanger (BDP):** Ich spreche für die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen. – Mir ist bei der Diskussion jetzt auch noch aufgefallen, jetzt gerade auch von medizinischer Seite, wenn es um die Hierarchien oder um die Zuweisungen, oder wer bestimmt, was zu tun ist, geht, wird plötzlich von ärztlich und somatischen oder pharmakologischen Behandlungsschwerpunkten gesprochen, und die psychotherapeutische wird dann unterm Tisch fallengelassen.

Wir reden ja über diese Richtlinie, wo es schon um psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen geht. Und die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten leisten in der ambulanten und stationären Versorgung den größten Batzen. Das muss noch einmal, finde ich, betont werden. Es gibt ja jetzt auch die neue Ausbildungsreform, die formt sozusagen den Super-Psychotherapeuten oder die Super-Psychotherapeutin. Also wir sind alle schon auf einem hochakademischen Niveau sehr gut ausgebildet. Deshalb wundert mich das jetzt. Es geht ja auch um eine berufsgruppenübergreifende Planung. Deshalb plädieren wir unbedingt dafür, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Indikationen stellen und auch mit leitend bei der Planung des Therapieplans sind.

Ich will noch einmal betonen: Es geht ja nicht nur um die schwer Psychoseerkrankten. Sondern wir haben in den ambulanten Praxen komplex psychisch Erkrankte. Das heißt, das sind Patientinnen und Patienten mit mehreren psychischen Diagnosen, mit Drogenkonsum, mit Substanzmittelmissbrauch et cetera, mit mehrfachen somatischen Komplikationen, die dann noch on top sich verschlimmern aufgrund des psychischen Stresses. Deshalb würde ich da plädieren, dass unsere Berufsgruppe gleichberechtigt mit einbezogen wird. Bei der Planung im Netzwerk, was auch den Behandlungsplan angeht, finde ich, sollten die Betroffenen auch mitentscheiden können und in Ausnahmefällen Sozio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, wenn sie das besondere Vertrauen genießen, auch vorgesehen werden können.

Das war jetzt ein Plädoyer auch für den Berufsstand. Allerdings auch noch einmal für die Patientinnen- und Patientensicht: Also, wenn es zu einer rein ärztlichen Indikationsstellung kommt, dann sind letztendlich die betroffenen schwer Erkrankten die gelackmeierten – sage ich jetzt mal ganz salopp formuliert –, denn wir führen dann ein Nadelöhr ein. Dann müssen die schwer Erkrankten sich eine Psychiaterin oder einen Psychiater suchen; dann haben sie noch einmal eine Hürde. Denn, wenn Sie sich die Honorarberichte anschauen, dann ist es ganz klar so, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das meiste im Rahmen von Psychotherapien wegarbeiten. Und dann müssten ja die betroffenen Patientinnen und Patienten sich oft nochmals einen vertrauenswürdigen ärztlichen Kollegen oder eine Kollegin suchen. Das ist ein unangemessenes Nadelöhr, das zu Wartezeiten und zu Komplikationen führt.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich habe jetzt im Prinzip von Ihnen allen zu dieser Diskussion eine Wortmeldung. – Ich fange jetzt einmal mit Herrn Hartkamp an, bitte.

**Herr Dr. Hartkamp (BPM):** Ich will nicht grundsätzlich zur Frage ärztlich oder auch nichtärztlich Stellung nehmen. Ich möchte folgendes sagen: Was ein bisschen untergeht, ist, dass ein großer Teil der Patienten, über die wir hier reden, auch die psychosomatisch Erkrankten sind. Die psychosomatisch Erkrankten stellen tatsächlich auch epidemiologisch, gesundheitsökonomisch eine große Krankheitslast dar. Sie können in der Regel nicht alleine psychotherapeutisch versorgt werden. Gerade in schweren Fällen brauchen sie die multimodale Behandlung auch ambulant. Eine multimodale ambulante Behandlung kann dann auch eine stationäre Behandlung vermeiden.

Vor dem Hintergrund, glaube ich, dass es keine gute Idee ist, wenn wir über die Ärzte sprechen, sozusagen nur über die psychiatrisch psychotherapeutischen Kollegen zu sprechen. Da braucht man auf jeden Fall auch den Einbezug der psychosomatischen Mediziner, die ihre spezifische Expertise hier hereinbringen, ohne die es dann bei diesen Patienten auch nicht geht. Es ist etwas anderes bei den chronisch Psychokrassen, das ist ganz außer Frage. Aber die chronisch somatisierenden Patienten, die chronisch Schmerzkrassen, sind hier ein bisschen aus dem Blick geraten, deswegen melde ich mich dazu. – Danke.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für die Öffnung der Perspektive. – Jetzt Herr Pollmächer, bitte.

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Nur noch ganz kurz, weil es doch sehr heftig wurde, aber ich glaube, wir sollten es nicht allzu sehr ausleiern. Das müssen wir vielleicht woanders fortführen.

Aber es ist schon ganz klar an die Kollegin, die die Fahne der Psychotherapeuten hochhält, dass die Qualifikation der Psychotherapeuten überhaupt nicht bezweifelt werden soll. Es ist nun leider so, dafür können die Ärzte nichts, dass die Qualifikation der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ebenso wie der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie nun halt einmal die Psychotherapie auch mit umfasst.

Also der Super-Psychotherapeut, auf den wir uns alle freuen, hat nach wie vor einen sehr begrenzten und wenn auch wichtigen Teil der Kompetenz. Das ist richtig. Aber dann sind wir wieder an dem Punkt, den wir schon oft diskutiert haben: Wer gehört eigentlich von dieser Richtlinie versorgt? Und da scheiden sich natürlich die Geister. Wenn Sie wirklich der Meinung sind, dass da Menschen dabei sind, die keinen Arzt brauchen, dann reden wir natürlich über eine ganz andere Gruppe von Patienten, als wir das tun.

Vorhin haben wir darüber geredet, dass die Demenzkrassen miteingeschlossen, dass die Suchtkrassen miteingeschlossen werden. Und wenn Sie da sagen, die sollen sich vielleicht, wenn sie Lust haben oder wenn der Psychotherapeut die Idee hat, dass das sinnvoll sei, einen Arzt zu suchen, dann halte ich das für falsch. Also für die Patienten, die wir in dieser Richtlinie sehen als Nutznießer, braucht man einen Arzt und braucht man auch einen Arzt als zentralen Steuerer der Behandlung, nicht als zentralen Organisator. Diese beiden Dinge möchte ich bitte trennen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Ansonsten kann ich mich dem Plädoyer nur anschließen, dass wir aufpassen sollten, dass wir nicht alleinig über diesen Punkt jetzt diskutieren. Ich hatte ganz anfänglich gesagt, dass wir alle Ihre Stellungnahmen gelesen und gewürdigt haben. Von daher bitte ich, dies ein bisschen im Hinterkopf zu behalten. Denn wir werden das Grundsatzproblem hier – so ist meine Prognose – nicht lösen können.

Wie ich schon sagte, habe ich eine umfassende Rednerliste. – Es geht jetzt weiter mit Herrn Stern, Herrn Brieger, Frau Wilms, Frau von Haebler, Frau Haun, Herrn Schäfer und Herrn Harfst. Spätestens dann schließe ich zu diesem Punkt die Rednerliste. – Herr Stern, bitte.

**Herr Stern (UBSKM):** Danke, dass ich die Gelegenheit bekomme, darauf zu antworten. – Wir haben Betroffene gerade beim UBSKM. Ich bin Frau Berwanger sehr dankbar für ihren Beitrag, dem wir uns voll und ganz anschließen würden.

Die Richtlinie wird sehr viele unterschiedliche schwer erkrankte Patienten/Patientinnen betreffen. Dazu zählen auch die, die in erster Linie psychotherapeutisch versorgt werden, die auch – da möchte ich Herrn Pollmächer gar nicht widersprechen – eine ärztliche Versorgung brauchen, wo aber die lange gewachsenen Versorgungsprozesse, die die Patienten/Patientinnen schon haben und die gute Kenntnis der Patienten/Patientinnen. Der breite Zeit-Input, den es bis dahin gegeben hat, liegt im Augenblick in der Versorgungsstruktur zumindest meistens bei den Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, weil die psychiatrische Versorgung es häufig nicht erlaubt, dass jemand sich fünfzehn Minuten mit den Patienten/Patientinnen hinsetzt und eine komplexe Problemgeschichte auseinanderpflügt. Man braucht beides; man braucht alles Mögliche; man braucht unter anderem auch Hausärzte/Hausärztinnen im Boot, auch, wenn ich an die psychosomatischen Probleme von den erkrankten Menschen denke.

Ich würde am Ende aber wirklich dafür plädieren, dass das patientenindividuell entschieden wird, wer genau die Leitung übernimmt. Das sollte die Person sein, wo eine Übernahme der Leitungsfunktion den Patienten/Patientinnen am ehesten hilft. Und wenn das vielleicht die Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen sind, die psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, dann sollte die Möglichkeit bestehen, dass sie die Rolle übernehmen und Ärzten/Ärztinnen natürlich mitarbeiten, aber eben nicht in Steuerungsfunktion.

Es gibt die Menschen mit schweren psychosomatischen Problemen. Meine Kollegen/Kolleginnen und ich sitzen vor allem vor Menschen mit schweren und komplexen Traumafolgestörungen. Da braucht man natürlich auch eine ärztliche Begleitung. Aber da ist die Psychotherapie ganz, ganz ausschlaggebend. Das sind Ressourcen, die sollten auf jeden Fall mitgenommen werden, weil die Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen im Zweifelsfall eben für eine Steuerungsfunktion einen größeren Überblick über das ganze Geschehen haben.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Stern. – Dann machen wir weiter mit Herrn Brieger.

**Herr Prof. Dr. Brieger (APK):** Ich kann mich Herrn Stern ein Stück weit anschließen. – Ich finde es wichtig noch einmal aus der Sicht der Betroffenen, der PatientInnen, auch zu denken und zu überlegen, was notwendig ist. Da würde ich vielleicht auf den § 1 noch einmal zurückgreifen und sagen: Wer sind denn überhaupt die Patienten/Patientinnen, die wir meinen? Dann wird doch schnell klar, wir brauchen in diesem Bereich auch eine Versorgungsstruktur, die zeitnah reagieren kann, die notfalls auch aufsuchend tätig sein kann, die auch entsprechend ein Notfallkonzept hat. Das wird nicht bei jedem Betroffenen dasselbe sein. Aber wir brauchen da bestimmte Mindeststandards. Und wenn diese nicht erfüllt sind, dann dürfen wir uns nicht an zu rigide Versorgungsstrukturen halten. Sondern müssen wir schauen, welche Berufsgruppe kann das tatsächlich auch entsprechend leisten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Als nächstes habe ich die Wortmeldung von Frau Wilms.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Mir wäre an der Stelle wichtig, weil wir hier ganz viel über Kooperation geredet haben und dass uns klar ist, dass natürlich der Patient zu der Person, zu der er Bezug hat, auch eine besondere therapeutische Unterstützung bekommen kann und diese Person eine ganz, ganz wichtige Rolle spielt.

Letztlich haben wir aber leider im deutschen System, müssen wir ehrlicherweise sagen, für die Beantragung von Teilhabeleistungen, für die Frage der Arbeitsunfähigkeit, all diese Dinge, immer auch noch das Thema der ärztlichen Sichtweise. Deshalb denke ich, ist die wesentliche Frage, wie man dann untereinander gestaltet. Aber ich glaube, wir können uns, bei aller Idee

für therapeutische Behandlungsdemokratie, leider bei bestimmten Papieren nicht darüber hinwegtäuschen, dass es einen Doktor gibt, der Ahnung haben muss.

Und wenn ich mir vorstelle, dass es einen Doktor gibt, der über einen Patienten etwas schreibt, den er eigentlich gar nicht kennt und wo der psychotherapeutische Kollege gute Arbeit macht, das ist auch eine Struktur, die nicht geht, und die wünsche ich mir nicht. Deshalb wünschen wir uns – die ackpa-Position war da auch schwierig herzustellen – einen Bezugsarzt. Aber wir wünschen uns vor allen Dingen eine kooperative Unterstützung aller Personen, die mit dem Patienten zusammenarbeiten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! Das ist natürlich auch ein Appell nicht nur an uns. – Ich habe eine Wortmeldung von Frau von Haebler.

**Frau Prof. Dr. von Haebler (DDPP):** Ich will das ergänzen: Frau Wilms, darum ging es mir auch. Es geht hier um kooperative Strukturen. Es geht darum, dass die Ärzte, Psychotherapeuten und alle anderen im Sinne des Patienten zusammenarbeiten. Der Patient steht im Mittelpunkt und das, was er braucht. Ich kenne es von den wirklich Schwerkranken, die unbedingt einen Arzt brauchen, dass sie für lange Zeiträume keinen Arzt zulassen aus Misstrauen, wegen schlechter Erfahrung und so weiter. Wie dumm wäre es dann, wenn wir sagen würden, da muss ein Arzt als erstes da sein. Das geht halt nicht.

Die Psychotherapeuten brauchen die Ärzte, die Ärzte brauchen die Psychotherapeuten. Ich denke, ohne dieses Zusammendenken und Gemeinsamen im Sinne des Patienten kommen wir hier gar nicht weiter.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich habe jetzt Wortmeldungen von Frau Haun, Herrn Schäfer und abschließend Herrn Harfst.

**Frau Haun (bvvp):** Ich möchte die Kooperation auch noch einmal betonen. Ich glaube, wir werden mit hierarchischen Denkweisen innerhalb dieser Systeme nicht weiterkommen. Die Patienten kommen doch aus unterschiedlichen Ecken. Die, die ohnehin schon in psychiatrischer Behandlung sind, kommen doch von ihren Psychiatern und haben da auch ihre Vertrauensbeziehung. Andere mögen von Psychotherapeuten herkommen und haben dort ihre Vertrauensbeziehung. Warum soll es nicht möglich sein, das auf Augenhöhe miteinander zu gestalten und den Patienten damit die Kontinuität zu ermöglichen?

Ich möchte auch noch einmal daran erinnern, dass Patienten auch dann, wenn sie schwerkrank sind, trotzdem nicht dumm sind. Also, sie finden schon heraus, mit wem sie arbeiten können und tun das dann auch. Dann kann man medizinische Behandlung auch zulassen. Niemand hat gesagt, dass man keinen Arzt braucht. Medizinische Behandlung kann man doch immer hinzufügen. Das ist in der Psychotherapie doch auch Gang und Gäbe. Die Zusammenarbeit mit den somatischen Medizinern muss mit den psychologischen Psychotherapeuten längst immer abgeklärt werden und wird auch abgeklärt.

Ich denke, dass man sich es gar nicht leisten kann, darauf zu verzichten, auch die Psychotherapeuten als Bezugsbehandler und die Psychosomatiker – das möchte ich auch noch einmal betonen – als Bezugsbehandler hinzuzuziehen, zumal die Ärzte immer weniger werden. Wenn ich das auf einen Zukunftsaspekt abgleiche, dann braucht man sie dafür auch.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Herr Schäfer, bitte.

**Herr Schäfer (DGPT):** Es ist vielleicht kein Zufall, dass bei diesem Thema Vertreter der gemischten Verbände, bvvp und DGPT, sich zu Wort melden, wo Ärzte und psychologische Psychotherapeuten gemeinsam Mitglieder sind. Wir sehen keinen zusätzlichen Regelungsbedarf

hinsichtlich des Gesamtbehandlungsplans. In den Behandlungsteams sind Ärzte immer vertreten und werden dann auch an dem Plan mitwirken. Aber darüber hinaus muss aus unserer Sicht nichts geregelt werden.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Schäfer! – Herr Harfst, das Schlusswort zu diesem Thema.

**Herr Harfst (BPTK):** Ich kann mich dem anschließen, gerade auch, was Frau von Haebler gesagt hat. Es geht ja um Kooperationen an Stelle und man muss schauen, dass wir eine Patientengruppe sehen, die häufig lange Behandlungsgeschichten haben. Es ist ganz zentral, welche Behandlungsvorerfahrung sie haben; welche Therapiebeziehungen bestehen; welche Vertrauensbeziehungen bestehen. Das ist entsprechend zu berücksichtigen genauso wie die Frage: Was sind die jeweiligen Behandlungsschwerpunkte?

Das Modell, was von der KBV vorgeschlagen wurde, ist eines, was auf Kooperation setzt und grundsätzlich von der Idee getragen ist, dass Fachärzte und Psychotherapeuten entsprechend zusammenwirken, wie das heute in ganz vielen Fällen in der Versorgung auch schon so der Fall ist und in dem hier skizzierten Gesamtbehandlungsplan auch von den psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wird. Es gibt jetzt aus unserer Sicht überhaupt keinen Anlass und auch aus der Perspektive der Patienten nicht angemessen, diese Gruppe als die zentralen Ansprechpartner außen vor zu lassen. Die Patienten sollen das entsprechend entscheiden können, wer da der primäre Ansprechpartner ist. Und wir müssen gucken, in der Kooperation eine fachgerechte Versorgung sicherzustellen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Harfst.

Ich möchte diese Diskussion an dieser Stelle beenden wollen und würde weitergehen zu den nächsten Fragen, aber natürlich nur dann, wenn die Mitglieder des Unterausschusses einverstanden sind. Wir haben auf jeden Fall noch den Punkt „Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung“ hier zu diskutieren. Vielleicht beginnen wir damit einmal.

Dann haben wir noch einen Punkt „Behandlung in der Häuslichkeit“, was allerdings vorhin fast schon ein bisschen angesprochen worden ist. Also machen wir erst einmal weiter mit „Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung“. Wer möchte dazu Fragen stellen? Ich habe eine Wortmeldung von Herrn G. [KBV]. Gerne auch, wenn Sie sagen, Sie sind nicht einverstanden, dass wir schon weitergehen, Herr G. [KBV], dann können Sie mich natürlich an dieser Stelle einfach bremsen. – Herr G. [KBV], Sie haben das Wort.

**KBV:** Das passt sehr gut. Es ergibt sich fast auch gerade chronologisch in der Richtlinie selber. Den Punkt hatten wir ja in unserem Entwurf, die Vorstellung, dass bei länger andauernder Behandlung – wobei man trefflich darüber streiten kann, was ist länger andauernd, ist es ein halbes Jahr, ist es ein Jahr, ist es noch länger –, man dann so etwas wie eine Form der Supervision einführt, dass man quasi jemanden hinzuzieht – jetzt nicht unbedingt in einer Patientenvorstellung –, der noch einmal bewertet, was man da tun könnte; welche Möglichkeiten es noch gibt; ob es Aspekte gibt, die möglicherweise noch nicht berücksichtigt worden sind. Das hat sehr, sehr viel Kritik ausgelöst. Auch die Sorge, dass durch eine solche Supervision eine Kontrolle eingeführt wird oder ein Abbruch sich quasi ankündigen würde. Deswegen meine Frage an Herrn Harfst, die BPTK hat sich auch dazu geäußert: Wenn das so irrtümlich herüberkommt und nicht den Geist trifft, den wir uns damit vorstellen, den wir eigentlich beabsichtigen, was wäre Ihre Empfehlung? Macht es überhaupt Sinn, hier so etwas wie eine Supervision einzubauen? Wenn ja, wie könnte die denn aussehen?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr G. [KBV]. – Frau Wilms, wenn Sie einverstanden sind, würde ich zunächst Herrn Harfst, weil er direkt angesprochen ist, das Wort erteilen.

**Herr Harfst (BPtK):** Vielen Dank, Herr G. [KBV], für die Frage. – Wir haben es hier, wie schon gesagt, insbesondere mit schwer und chronisch psychisch kranken Patienten zu tun. Insofern sind Regelungen, die so weit gehen, dass Patienten meist schon nach kurzer Zeit wieder aus der ambulanten Komplexbehandlung in die bisherige Regelversorgung übergeleitet werden können, aus unserer Sicht nicht zielgerecht und gehen an der Versorgungswirklichkeit vorbei. Das ist etwas, was jetzt eher mit Blick auf diese halbjährliche Überprüfung sicherlich bislang in dem Regelungswerk, in dem Entwurf, angedeutet ist.

Mit Blick auf die Frage der Supervision: Da ist die Idee gewesen, dass eine zusätzliche externe Kontrolle eingeführt wird. Aus unserer Sicht übersieht das den Punkt, dass hier Patienten in den Behandlungsteams vorgesehen sind. Also wir haben sowieso schon einen enormen Qualitätsgewinn, wenn man so will, dass hier regelmäßig, multiperspektivisch der Fall in den Fallkonferenzen betrachtet wird, auch unter Einschluss der weiteren an der Behandlung beteiligten Personen reflektiert wird.

Insofern haben wir eigentlich schon mehr als eine einfache Supervision. Sondern wir haben tatsächlich einen multiprofessionellen Blick auf die Patienten regelhaft in Fallkonferenzen so zusammengestellt, wie das für den einzelnen Fall tatsächlich erforderlich ist. Das ist mit Einbezug der Ergotherapeuten, Soziotherapeuten, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege oder auch aus Mitarbeitern der gemeindepsychiatrischen Verbände. Wer auch immer mit beteiligt ist, auch Leistungen der Eingliederungshilfe, die Akteure, die da miteingebunden werden können, sind alle mit an Bord und machen ein so vollständiges Bild, dass es unserer Ansicht nach nicht mit einem Qualitätsgewinnen verbunden wäre, wenn jetzt eine Person extern, die keine Kenntnis des Patienten hat, hinzugezogen wird und der Patient muss sich der Person auf einmal gegenüber offenbaren und irgendwie darstellen, wie schwer krank er ist. Er wird sicherlich das Grundgefühl bekommen, wenn er nicht richtig antwortet, droht hier eventuell, dass er aus dieser Komplexbehandlung wieder rausfliege. Das ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht. Wir haben, glaube ich, wirklich einen enormen Qualitätsgewinn, wenn wir das schaffen, diese Art von regelmäßigen Fallkonferenzen auf der Basis eines patientenindividuellen Behandlungsteams hinzubekommen, wo alle relevanten Akteure eingebunden sind. Und da haben wir mehr als genug.

**KBV:** Vielen Dank. Das war hilfreich.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Harfst. – Jetzt haben Sie dazu das Wort, Frau Wilms und anschließend Herr D. [GKV-SV].

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Ich finde, das ist eine ganze schwierige Frage. Denn das, was Sie ansprechen, ist natürlich – und das kann ich total verstehen – Nichthospitalisierung in Netzverbänden erzeugen zu wollen. Ich glaube nur, dass man das nicht dadurch hibekommt, indem man jemanden von außen darauf schauen lässt, ob das mit der Beziehung dort jetzt richtig funktioniert und ob das jetzt der richtige Zeitpunkt ist. Denn, wenn wir über diese Patientengruppe reden, dann reden wir über eine hochindividualisierte, personenzentrierte und im Verlauf flexibel zu entscheidende Dynamik.

Wir müssen einfach sagen: Ja, es ist in der Behandlung von schwer chronisch psychisch Kranken total wenig, wenn Sie Pech haben. Es gibt aber auch Zeiten, wo das total viel ist. Ich bin sehr dafür, dass man, wenn man denn schon sagt, man bildet eine kooperative Einheit, dass man diesen Menschen, die das tun, dann auch in ihrer Beziehungsgestaltung zutraut, das zu sortieren.

Wenngleich ich auch sagen würde, die Endlichkeit und Unendlichkeit psychiatrischer Versorgung ist ein Thema. Aber die haben wir alle. Ich glaube schon, dass die meisten von uns nichts mehr fürchten, als Patienten in ihren Hilfesystemen zu hospitalisieren.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für diesen Wortbeitrag. – Herr D. [GKV-SV].

**GKV-SV:** Vielen Dank! – Das ist tatsächlich eine Frage, die uns auch sehr beschäftigt hat.

Wir würden aber gerne auch noch einmal auf ein anderes Thema eingehen, nämlich das Thema „Verlaufsuntersuchungen“. Hierzu gibt es ja leichte divergierende Positionen, wo sich die Frage stellt, ob das eine Tätigkeit ist, die man eher kontinuierlich macht, wo man je nach Bedarf darauf agiert oder, ob es feste Zeitpunkte geben sollte, die man an dieser Stelle vorgeben soll. Wir würden dazu gerne noch einmal eine Rückmeldung bekommen von der Bundespsychotherapeutenkammer, vom Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten und dem Berufsverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, bitte.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Danke! – Herr Harfst, mögen Sie beginnen?

**Herr Harfst (BPtK):** Regelmäßige Reflexionen in den Fallkonferenzen, wie es angedacht ist, halten wir auf jeden Fall für zielführend. Da muss man sich darüber unterhalten, in welchen Frequenzen das passiert, auch dass eine Verlaufserfassung geschieht, finden wir sinnvoll.

Wichtig war uns noch einmal folgender Punkt: In dem Vorschlag des GKV-SV wird immer auf die Einschlusskriterien nach § 2 rekurriert, wo wiederum diese Thematik mit dem GAF-Score im Raum steht. Wenn das obligat und als Kriterium dazukommt, dann ist nicht mehr der Fokus darauf, ob die Patientin oder der Patient eine ambulante Komplexbehandlung braucht, sondern irgendwelche anderen Kriterien auch noch eine Rolle spielen. Das halten wir dann nicht für zielführend, dass man das an dem Punkt mit festmacht. Aber eine regelmäßige Verlaufserfassung ist sinnvoll, genauso wie die Reflexionen der Patienten in den Behandlungsteams in Form von Fallkonferenzen, zu betrachten, wann die Überleitung sinnvoll ist.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Sie hatten zwei weitere Gruppen adressiert, Herr D. [GKV-SV], helfen Sie noch einmal.

**GKV-SV:** Frau Lelgemann, darf ich ganz kurz bei Herrn Harfst noch einmal nachfragen?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ja, klar!

**GKV-SV:** Ich habe den Eindruck, dass jetzt zwei Punkte vermischt worden sind. Es geht ja einmal um die Verlaufskontrolle. Und da war die Frage, ob das regelmäßig sein sollte beziehungsweise was regelmäßig heißt. Welche Zeiträume würden Ihnen da vorschweben?

Die zweite Sache war: Wie lange wird diese komplexe Behandlungsform auch fortgeführt? Da hat der GKV-Spitzenverband die Idee eingebracht, dass man im Halbjahresturnus eine Überprüfung nimmt, ob dieses Angebot weiterhin erforderlich ist. Mir ging es jetzt eigentlich eher um dieses Thema Verlaufskontrolle und ob man da konkrete Vorgaben treffen sollte.

**Herr Harfst (BPtK):** Diese konkreten Vorgaben braucht man nicht, denn die Frage, ob wir einen Patienten überleiten können, wird kontinuierlich in den Behandlungen gestellt werden. Es ist jetzt nicht so, dass punktuell jedes halbe Jahr jemand noch einmal geprüft werden muss. Sondern es ist immer ein Prozess, der vonseiten der Mitbehandelnden mitläuft. Natürlich kann man das mit Normen hinterlegen und schauen, ob wir da noch etwas einstreuen wollen. Das ist aus unserer Sicht nicht der notwendige Punkt.

**Frau Böker (bvvp):** Wir sind auch angesprochen worden. – Vielleicht muss man sich auch noch einmal klarmachen, dass eine Verlaufskontrolle eine Intervention ist, also sie greift in den Behandlungsprozess ein. Deshalb muss man mit der Indikationshoheit, die man als Behandler hat, einfach schauen, ob es gerade passt, ob es gerade Sinn macht. Das heißt, das vorzuschreiben in einem gewissen Abstand, hat wieder den Anschein, als ob der Prozess immer linear funktioniert und dass eine Verlaufskontrolle keine Intervention darstellt. Insofern muss das natürlich regelmäßig passieren; man bekommt mit, wo der Patient steht, eben auch durch

diese Teambesprechungen. Aber das wirklich regelhaft in einen bestimmten Abstand vorzuschreiben, halte ich für einen viel zu massiven Eingriff auch in die Behandlung. Und dem Patienten jedes Mal zu sagen: „Wir messen jetzt wieder und wenn du Pech hast und dich zu sehr verbessert hast, dann fliegst du raus.“ Man braucht gerade für schwererkrankte Patientinnen und Patienten wirklich einen sicheren Rahmen, der auch über eine Weile geht. Der Behandelnde entscheidet, wann es wieder Zeit ist, wirklich genau zu gucken und das mit dem Patienten vielleicht auch zu besprechen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Dann war auch, glaube ich, Herr Hannig angesprochen, wenn ich richtig das mitbekommen habe?

**Herr Dr. Hannig (BApK):** Der Begriff „Verlaufskontrolle“, der stört mich ein bisschen. Aber, dass die Angehörigen regelmäßig über eine Reflexion über die erfolgte Behandlung mit einbezogen werden, das würde ich schon erwarten. Ich würde auch erwarten, dass das gegebenenfalls von der Schwere abhängig ist.

Wir haben ja nun Krankheiten, die sich in Phasen immer wieder darstellen. Es gibt Phasen, in denen überhaupt keine dichte Reflexionsreihenfolge notwendig ist. Und es andere Phasen, da ist es notwendig, vielleicht sogar ungeplant, das hängt davon ab. Aber, wenn wir immer wieder mal mit einbezogen werden, dann finden wir das positiv und zwar auch dokumentiert einbezogen werden.

Wir sprechen ja jetzt von Erkrankten in einem ambulanten Umfeld, er lebt also auch im Umfeld der Angehörigen. Wir erleben dann auch, wie sich die Erkrankung gerade darstellt. Unser Wissen sollte einfach miteinbezogen; das sollte auch sehr transparent stattfinden. Es gilt, den Erkrankten nichts zu verheimlichen.

Wie lange eine psychische Erkrankung dauert: In den Selbsthilfegruppen, die ich betrachte, die ich selber betreue, gibt es vielleicht nach einem Jahrzehnt der Ruhe wieder Krankheitsausbrüche, wo ich dann denke, es findet kein Ende. Aber es wäre schön, wenn man dann gegebenenfalls auf die Erfahrungen der Vergangenheit zurückgreifen könnte, wenn es schon festgefügte Formen gibt, die auch über längere Jahre hinweg stabil bleiben. Das wäre sehr wünschenswert. – Danke schön!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Hannig. – Ich habe jetzt eine Wortmeldung von Herrn Brieger.

**Herr Prof. Dr. Brieger (APK):** Ich habe zwei kurze Kommentare zu der Diskussion: Ich finde die Verlaufsbesprechung als Qualitätssicherung ist ein wichtiger Aspekt. Aber der würde für mich auch in das hineinlaufen, was wir beispielsweise in der Bayerischen Institutsambulanz als Verlaufsbesprechung haben. Da gibt es eine eigene Ziffer, die auch entsprechend vergütet wird, die auch relativ gut vergütet wird, wo mindestens drei Berufsgruppen dabei sind. Da wird der Hilfeplan mit dem Patienten fortgeführt. Wenn das quasi so eine Struktur ist, dann hat sie auch eine Funktion und es ist damit auch ein Ziel verbunden.

Was schlecht wäre, wenn das quasi eine Kontrolle ist und die Gefahr läuft, wenn ich diese Kontrolle nicht schaffe, dann werde ich aus dem System ausgeschlossen. Dann wird nämlich etwas passieren, dass sowohl der Patient wie auch der Therapeut kein Interesse hat, dass es besser wird. Dann wird es ein Upgrading geben oder entsprechende Prozesse, die dann dem entgegenlaufen. Deswegen sollte das konstruktiv und therapeutisch sein.

Ich würde als drittes noch einmal den Aspekt der Behandlungskontinuität schon als ein ganz zentral und wirksamen auch hervorrufen. Ich habe vorhin irgendwo in den Bildchen *[Anm.: Ansicht in der Videokonferenz]* hier den Dr. Urban gesehen, der für mich so einer der paradigmatischen guten Niedergelassenen ist, der seine Patienten über Jahre und Jahrzehnte betreut. So eine Qualität einer solchen Versorgung, dass ich bei jemanden über Jahre und viele Jahre



auch in Behandlung bin, das ist etwas ganz Wichtiges und das darf durch solche Instrumente nicht konterkariert werden.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank!

**Herr Dr. Urban (BVDP):** Ich danke Ihnen sehr, Herr Brieger. Danke!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Herr Urban, vielen Dank! – Ich habe eine Wortmeldung von Frau Leiendecker.

**Frau Leiendecker (DPV):** Das ergänzt sich sehr gut zu dem bisher Gesagten, denn wir als DVP haben wirklich auch das Hauptanliegen die Behandlerkontinuität beziehungsweise, dass das Duo Patient/Behandler und auch die anderen an den Behandlungen mitwirken. Ich finde auch, die Idee einer halbjährlichen Verlaufskontrolle kann ich einerseits nachvollziehen und andererseits hat es etwas ungemein Limitierendes, ich glaube, besonders für die Patienten, wenn die wissen, jetzt habe ich ein halbes Jahr und dann muss ich mich beeilen oder dann fliege ich hier raus. Das ist, glaube ich, sehr kontraproduktiv.

Ich glaube, das Hauptziel dieser Richtlinie ist doch, die Übergänge mit dem Patienten gut zu schaffen, indem er immer einen festen Bezugsbehandler hat und viele andere, die auch mit ihm arbeiten. Es gilt ja immer ambulant vor stationär. Sodass ich nicht Sorge habe, dass in den Verlaufsgesprächen in den Teams irgendjemand zu lange – ich sage jetzt einmal – irgendwo festgehalten wird. Das wird, glaube ich, in den übrigen Bereichen der Humanmedizin auch nicht gemacht. Es ist wirklich der Wunsch, dass die Patienten selber sehr viel mitbestimmen, wann es für sie wie weitergeht und dass sie das gemeinsam mit ihren jeweiligen Bezugstherapeuten in Ruhe besprechen können und nicht den Druck haben „ich muss mich sehr beeilen, denn in einem halben Jahr ist es vorbei“. Ich glaube, das wäre sehr kontraproduktiv für den Behandlungserfolg.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Manchmal frage ich mich, ob man überhaupt die Richtlinie braucht, wenn alles super ist. – Herr Hartkamp, Frau Haun und dann Herr Stern.

**Herr Dr. Hartkamp (BPM):** Ich wollte ein Stück weit gegen die Ansicht argumentieren, dass Verlaufsbeobachtungen per se schon limitierend seien und wir davor alle Angst haben müssten. Tatsächlich ist es so, dass eine Verlaufsbeobachtung oder eine regelmäßige Verlaufsbesprechung den Rahmen sichern kann, auch für Patienten, weil sie nämlich eine Zuversicht gewinnen, dass sie auf dem richtigen Weg sind. Ich glaube, dass dieses mitbedacht werden soll. Verlaufsbeobachtung ist auch etwas Gutes. Das deckt sich auch nach meiner Kenntnis mit der empirischen Forschungslage in der Psychotherapieforschung, dass Verlaufsbeobachtung auch hilfreich sein kann. – Das ist mein Votum. Danke!

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Frau Haun und anschließend Herr Stern.

**Frau Haun (bvvp):** Ich möchte noch einmal ergänzen, dass für diese Patienten ein halbes Jahr ein Klacks ist. Das muss man, glaube ich, mit bedenken, dass das eine sehr kurze Zeit ist, denn es werden sich sehr viele chronisch Kranke in dieser Richtlinie wiederfinden.

Für mich ist es auch ein Unterschied, ob ich von Verlaufsbeobachtung spreche; für mich ist ein Unterschied, ob ich von Verlaufskontrolle spreche und was ich dann unter Kontrolle verstehe oder unter Verlaufsbeobachtung. Ich könnte mir gut vorstellen, dass es mit zu einem Verlauf gehört, dass im Behandlungsteam bei den Fallbesprechungen und das gerne jedes halbe Jahr wirklich besprochen und festgehalten wird: Wo steht der Patient zurzeit? Gehört er noch dazu; gehört er raus?

Wenn alle als mögliche Bezugsbehandler beteiligt sind, dann kann man auch das Herausgehen aus der Richtlinie, wenn das möglich wird, so gestalten, dass der Patient zumindest bei seinem Bezugsbehandler bleiben kann und den nicht verliert. Denn wenn er den verliert, wird es hohen Widerstand gegen die Auflösung, also das Heraustreten aus der Richtlinie sein.

Wie gesagt, könnte ich mir gut vorstellen, dass man sich wirklich regelmäßig zusammensetzt – das wird man sowieso tun –, aber dass man dann auch regelmäßig dokumentiert: Warum ist er noch dabei, warum nicht? Auch ein bisschen den Überblick behält – wie schon gesagt, die Behandlung ist nicht linear. Sondern das geht mal auf mal ab. Und man braucht ein bisschen einen Gesamtüberblick, wie es dem Patienten wirklich geht, ob es voran geht oder eher nicht.

Ich kann mir tatsächlich die Einbeziehung von Angehörigen auch sehr gut vorstellen. Das finde ich eine gute Idee, soweit der Patient es toleriert und mag und dass es eine interne Verlaufsbeobachtung gibt. Eine Kontrolle von außen kann ich mir überhaupt nicht vorstellen. Welcher andere Behandler soll so schlau sein, dass er schlauer ist – womöglich in einem kurzen Interview mit dem Patienten herauszufinden, wie es ihm geht –, und besser als das Team, das die ganze Zeit dran ist. Das ist etwas, was ich mir überhaupt nicht vorstellen kann. Also wenn, denke ich, braucht man auch da etwas Kooperatives. Das wird dann auch toleriert und wird dann auch umgesetzt. Wenn es den Patienten möglich ist, ihre Kontinuität aufrechtzuerhalten, dann glaube ich, kann man sie auch wieder herausführen aus dieser Richtlinie. Es macht doch auch Spaß, wenn man merkt, dass es jemanden besser geht. Ich freue mich immer, wenn meine Patienten autonom werden und wir zum Ende kommen können.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich mache jetzt ein bisschen auf die Uhrzeit aufmerksam und habe jetzt Wortmeldungen von Herrn Stern, Frau Wiesner und Herrn Blankenburg – da sind wir uns nicht ganz sicher, ob Sie die Hand gehoben haben –, Frau Wilms und Herrn Greve. Haben Sie alle noch den Bedarf, sich zum Thema zu Wort zu melden, dann legen Sie los! – Herr Stern.

**Herr Stern (UBSKM):** Gut, dann mache ich es kurz. – Aus Patientensicht und aus dem, was ich aus der Selbsthilfe mitbekomme, sind Kontrollen jeder Art, und seien es in der Regelversorgung im Augenblick die Begutachtung bei der Psychotherapie, eine ziemliche Katastrophe. Das macht Angst; das macht Panik. Je näher so etwas kommt, desto so schwieriger wird es Beziehungskontinuitäten aufrechtzuerhalten.

Ich glaube, ein ganz wichtiger Punkt ist, wie das ganze hier geframed wird. Der Punkt wurde gerade angesprochen. Beobachtungen sind in jeder professionellen Hilfebeziehung dringend notwendig und bitter notwendig, nämlich zu schauen, ob die Klienten die Hilfe noch brauchen. Kontrolle wird für die Patientenseite ganz schwierig.

Ein Punkt, der noch nicht genannt worden ist: Netzwerke bieten immer Chancen, wenn jemand in ein Netzwerk hineingeht und vielleicht vorher noch keinen Facharzt oder keine Fachärztin für psychosomatische Medizin dabei hatte, da ist jetzt eine Person, dann ist es, glaube ich, für Patienten/Patientinnen, die sehr misstrauisch sind, deutlich einfacher, sich darauf einzulassen, überhaupt irgendwie eine Vertrauensbeziehung zu jemanden neuen einzugehen, wenn klar ist, das hat jetzt eventuell auch einfach ein bisschen länger Bestand, und es wird nicht schon wieder in einem halben Jahr geprüft, weil – das wurde gerade schon gesagt – ein halbes Jahr ist wenig, wenn es um Heilung geht; das ist aber auch wenig für einen Vertrauensaufbau.

Noch ein Punkt, den wir in der Stellungnahme auch schon eingebracht hatten, ist, dass man sich tatsächlich auch überlegen muss, ob es Entfristungsmöglichkeiten gibt. Die Möglichkeit, Richtlinienbehandlungen zu beenden, wird es für Patienten und Patientinnen hoffentlich immer geben, zu sagen: „Ich brauche das so nicht mehr; ich möchte das so nicht mehr; ich steige aus dieser Richtlinie aus und gehe mit allem, was dazugehört, in die Regelversorgung zurück.“ Aber das mit der Entfristung wäre tatsächlich auch noch etwas, was man andenken könnte für Patienten und Patientinnen, bei denen klar ist, dass die Richtlinie hilft, dass sie stabilisiert,

dass sie Lebensqualität und höhere Funktionalität ermöglicht, aber es würde sich daran vermutlich, zumindest in den nächsten fünf Jahren – nicht in einem halben Jahr –, sondern in fünf Jahren, nichts mehr ändern. Diese Patienten und Patientinnen gibt es auch. Die würden in der Regelversorgung vermutlich relativ schnell wieder untergehen. Ich glaube, man tut diesen Patienten und Patientinnen einen Gefallen, wenn man sie direkt mit einkalkuliert.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Stern! – Jetzt habe ich eine Wortmeldung von Frau Wiesner.

**Frau Wiesner (BV SozTh):** Frau Dr. Lelgemann, Sie haben gerade etwas sehr Interessantes gesagt – ich glaube, eher so mit einem Schmunzeln: Braucht man denn die Richtlinie, wenn doch eigentlich alles da ist? Und da hänge ich gerade noch einmal fest, weil genau das ist eigentlich auch unser Gedanke – wie gesagt, ich stehe für die Soziotherapeuten –, wo wir uns immer wieder austauschen, dass es wirklich großartige Hilfsangebote und Leistungserbringer gibt. Es gibt auch Richtlinien für die Soziotherapie, die absolut Sinn machen. Das Problem ist nur, dass diese flächendeckende Verbreitung dieser Berufsstände nicht gegeben ist. Da hängt es in meinen Augen auch. Wenn wir beispielsweise flächendeckend Soziotherapie erbringen könnten, stellt sich für mich überhaupt nicht die Frage, wer denn jetzt an der Stelle der Verordner ist. Ich als Soziotherapeutin arbeite doch sowieso auf Verordnungen der Psychotherapeuten oder der Psychiater. Ich arbeite ja überhaupt nicht von mir aus alleine, genau wie die Ergotherapeuten. Deswegen stellt sich die Frage, wer irgendetwas koordiniert, für mich überhaupt nicht.

Aber ich bin doch – und da muss ich wirklich noch einmal in die Bresche hauen – als Soziotherapeutin der Lotse im System. Ich bin quasi eine Schnittstelle. Der Arzt sagt, hier ist jemand so krank, dass der dich als Soziotherapeutin brauchen würde.

Ich kann sagen, in Sachsen-Anhalt sind wir, glaube ich, elf für dieses Riesenflächenland, die soziotherapeutisch arbeiten. Davon sind ein paar größere Leistungserbringer, die ziehen aber gerade zurück, weil man damit nicht auskömmlich arbeiten kann oder davon leben kann. Ich frage mich, warum denn nicht da angesetzt wird, dass die Zugangsvoraussetzungen, die Vergütung und so weiter, wenn das ausreichend und hinreichend gegeben wäre, könnte man eine wunderbare Regelversorgung machen, auch in der Fläche könnte man das gut machen.

Frau Wilms sprach vorhin den Saalekreis an. Ich arbeite hier für Halle; ich habe einen riesengroßen Radius, den ich abfahre. Hätte ich noch ein paar Kollegen und Kolleginnen, die das mitmachen würden, wäre es leichter. Ich bin hervorragend qualifiziert und ausgebildet; ich kann Krisen in der Fläche mitbehandeln; das geht wunderbar. Das Problem ist wirklich, dass wir viel zu wenige, die diese Leistungen erbringen können. Es sind sicher in der Fläche zu wenig Psychiater, aber es sind auch zu wenig psychosoziale Dienste unterwegs, die das mit abhandeln oder abarbeiten können. Denn wir sind auch diejenigen, die die Patienten, die von all den Sprechern angesprochen wurden, die keinen Zugang haben zu Ärzten, keinen Zugang haben zu Psychotherapeuten, die zu den Leuten die Erstkontakte herstellen und dann mit dem Auto mit dem Patienten zu einem Psychiater oder zu einem Psychotherapeuten fahren und auch zur Ergotherapie. Also, wir sind eine ganz wichtige Schnittstelle dafür. Gäbe es von uns mehr, wäre es leichter.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! Vielen Dank auch noch einmal für die klare Stellungnahme. – Die Frage war: Herr Blankenburg hatten Sie die Hand gehoben oder war das ein Artefakt?

**Herr Prof. Dr. Blankenburg (GNP):** Ich habe tatsächlich die Hand gehoben. – Es geht um die Behandlungskontinuität. Ich spreche für die Gesellschaft für Neuropädiatrie. Uns geht es darum, dass die Kinder- und Jugendärzte, insbesondere die Kinderneurologen, mit in Leitlinie aufgenommen werden. Wir behandeln Kinder mit seltenen, sehr komplexen Erkrankungen,

von denen viele behindert sind, viele haben schwere somatische Erkrankungen, die aber mit psychischen Erkrankungen kombiniert sind.

Wir finden nach dem 18. Lebensjahr in der Regel keine Weiterbehandlung unter den Neurologen und sehr schwer unter den Psychologen, weil das zum Teil schwerbehinderte Kinder sind, die eine Versorgung brauchen sowohl medikamentöser Art mit schweren Unruhezuständen, Erregungszuständen, die zum Teil somatisch bedingt sind, die zum Teil aber auch im Rahmen ihrer degenerativen Hirnerkrankung auftreten aufgrund von Angststörungen, Depressionen, und die brauchen in diesem Zeitrahmen jenseits des 18. Lebensjahres bis zum 21. Lebensjahr eine Weiterbehandlung.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Blankenburg. Sie sprechen das Thema Transition an, und das werden wir sicher noch einmal aufgreifen müssen.

Ansonsten kann ich berichten: Frau Wiesner, Sie bekommen sehr viel Zustimmung für Ihre Äußerungen, wobei den einen Satz verstehe nicht. Sie sind eine Nahtstelle und keine Schnittstelle, darüber muss ich noch ein bisschen nachdenken. – Ich habe jetzt eine Wortmeldung von Frau Wilms und eine Wortmeldung von Herrn Greve.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Nur ganz kurz, ich hoffe ich trete damit niemanden zu nahe. – Ich denke nach wie vor immer noch, wenn wir Kooperation ordentlich bezahlen würden und dafür gute Anreize schaffen würden, bräuchten wir die Richtlinie nicht.

Zum anderen denke ich, dass, was dies Verlaufsuntersuchungen oder -kontrollen angeht, wir sehr aufpassen müssen, dass wir keine dysfunktionalen Anreize schaffen für die Frage „Frau Doktor, was muss ich tun, damit ich bei Ihnen bleiben darf?“ oder „Schwester X, was muss ich tun, damit ich weiter mit Ihnen in Kontakt sein darf?“ Das ist die Herausforderung. Deshalb bin ich auch ehrlich der Meinung, dass das System, was den Patienten unterstützt, mit ihm regelmäßig darüber sprechen sollte, was ist jetzt der nächste Schritt. Aber dass es an dieser Person und an dieser Personenorientierung festgemacht wird und nicht an irgendwelchen äußerlichen Kriterien, sonst bekommen wir aus meiner Sicht paradoxe Entwicklungen, die keiner von uns und am wenigsten die Patienten und Angehörigen brauchen können.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Alles klar. – Ich habe derweil eine Erklärung des Unterschiedes zwischen Nahtstelle und Schnittstelle bekommen. Vielen Dank dafür. – Jetzt habe ich eine Wortmeldung von Herrn Greve.

**Herr Greve (DVGP):** Ich werde mich jetzt einmal ein bisschen kurzfassen. – Es gibt sehr vieles, wozu ich etwas sagen würde. Nur zu der Frage Verlaufskontrollen: Ob Verlaufskontrollen zu Upgrading-Bemühungen führen, wie Herr Brieger und Frau Wilms es gesagt haben, hängt davon ab, welche Konsequenzen sie für den Patienten haben. Da merken wir jetzt noch einmal insbesondere, dass der Verbund mit Verbundmitgliedern und Nicht-Verbundmitgliedern eine fragwürdige Konstruktion ist.

Die Richtlinie schwächelt aus unserer Sicht an der Stelle, inwieweit Vorbehandler und Vertrauenspersonen verpflichtend oder nicht-verpflichtend als Soll-Bestimmung einzubeziehen sind, und inwieweit dafür überhaupt eine Zustimmung des Patienten explizit erforderlich ist. Das würde, wenn es nicht letztlich doch immer im Sinne der personellen Kontinuität in der Praxis gelöst wird, würde es dazu führen, dass Patienten bei Verlaufskontrollen davon bedroht würden, die Behandler oder die Bezugspersonen zu wechseln. Und dann haben wir das Problem von Upgrading.

Wenn wir also verpflichtend regeln könnten, dass Vorbehandler Mitglieder des Verbundes werden zumindest für diesen Fall und dass die Zustimmung des Patienten dafür verpflichtend vorgeschrieben ist, dann wäre gegen Verlaufskontrollen nicht mehr viel einzuwenden. Denn natürlich muss man sich ab und zu vergewissern, ob es in die richtige Richtung läuft.

Ganz am Rande kann ich auch verstehen, wenn Kostenträger einen Wunsch nach Verlaufskontrollen haben. Irgendeine Kontrolle hätten sie auch gern. Aber das wäre meiner Meinung nach an diese zwei Voraussetzungen verpflichtend gebunden, dass nämlich personelle Kontinuität hergestellt wird und dass der Patient bestimmen kann, welche Personen seines Vertrauens, die koordiniert sind, übernehmen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! Ein klares Statement. – Gibt es weitere Fragen zu diesem Punkt seitens der Unterausschussmitglieder? Oder ist das erschöpfend behandelt? Frau R. [DKG] schüttelt den Kopf. Die anderen sehe ich gerade nicht. Herr G. [KBV], hat auch keine weiteren Fragen?

**KBV:** Nein, es ist erschöpfend behandelt, glaube ich.

**GKV-SV:** Wir haben auch keine weiteren Fragen.

**PatV:** Auch von unserer Seite gibt es keine weiteren Fragen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Gut. – Dann ist die Frage: Gibt es jetzt seitens der Unterausschussmitglieder noch Fragen oder eröffne ich jetzt noch die Runde für Statements, die zwingend abgegeben werden müssen und für die noch kein Platz war? – Herr G. [KBV], Sie haben noch eine Frage?

**KBV:** Ja, und zwar zum Punkt der Häuslichkeit, der gerade bei einer ambulanten Behandlung implizit sowieso immer mit dabei ist: die Pflege, Ärzte, Soziotherapie ohnehin haben natürlich auch die Häuslichkeit im Blick. Wir haben die im Richtlinienentwurf nicht in allen Entwürfen explizit angesprochen. Meine Frage wäre noch einmal auch an die Verbände und die Organisationen: Ist es das Wert, die Häuslichkeiten in einer solchen Richtlinie gesondert zu betonen? Oder darf man voraussetzen, dass es implizit eigentlich mit abgebildet ist? Das wäre auch eine Frage möglicherweise für Herrn Dr. Hannig vom Bundesverband der Angehörigen, wie Sie das einschätzen?

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Herr Hannig, kurz und knackig bitte.

**Herr Dr. Hannig (BApK):** Die Angehörigen wollen eingebunden sein, wir wollen offiziell eingebunden werden, damit manche Sachen nachweisbar sind. Es passiert uns zu häufig, dass ein unbekannter Erkrankter bei uns zuhause abgeliefert wird und wir nicht wissen, wie wir damit umgehen sollen. Also, wir wollen gefragt werden; wir wollen eingebunden werden; und unsere Meinung darf und soll gehört werden. Gegebenenfalls müssen auch Maßnahmen für uns ergriffen werden, damit wir ein entsprechendes Umfeld bilden können, darstellen können auch für die erkrankte Person, damit wir uns nicht aneinander reiben. Denn der Angehörige und der Erkrankte haben ja auch eine Vorgeschichte gehabt. Und die ist nicht immer letztendlich nach langer Zeit eine positive gewesen. Da müssen wir also entsprechend auch mit eingebunden werden. – Danke.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Hannig! – Ich habe hier diverse Wortmeldungen. Herr H. [KBV], wenn ich es richtig sehe, habe Sie eine Frage?

**KBV:** Herr G. [KBV] hat schon die Frage gestellt zur Häuslichkeit. Das hat sich also erledigt. – Danke.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Ich habe eine Wortmeldung von Frau Wilms zur Mitwirkungsfähigkeit von Patienten und Patientinnen.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Ich möchte noch anregen, dass dieser aus meiner Sicht tendenziell entwertende Begriff entfällt. Wenn wir hier über Menschen mit schweren psychischen Störungen sprechen, dann haben unterschiedliche Menschen von außen immer mal wieder das Thema, dass diese zu irgendwelchen Dingen nicht mitwirken. Aber ich finde, dass in der Behandlung sollte diese Begrifflichkeit in irgendeiner Weise verschwinden. Denn es hilft nicht, und die Menschen, die schwer krank sind, brauchen diesen Begriff auch nicht.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Alles klar. Das war so etwas, was noch rausmusste. Das nehmen wir gerne absolut wichtig. Nicht, dass Sie mich falsch verstehen.

Ich habe eine Wortmeldung von Frau R. [DKG], und dann Frau Fix. – Ich hoffe, die Reihenfolge ist richtig.

**DKG:** Wir hatten vorhin lange über die Patientengruppen gesprochen, hier insbesondere über die Demenzen. Aber mich würde noch einmal ein Punkt zu den Suchterkrankten interessieren. Wenn Kliniken in dieser Versorgung inkludiert werden, sollten Kliniken hier bestimmte Voraussetzungen erfüllen? Also hier insbesondere die Frage: Muss eine Klinik, die hier in einem Netzverbund tätig sein soll oder mitkooperiert beispielsweise qualifizierte Entzugsbehandlungen entsprechend des OPS anbieten können? Oder sagen Sie: Eine Sucht ist eine so häufige Nebendiagnose der Kliniken, sie haben die Kompetenz hier entsprechend aktiv zu werden. Hier sind zusätzliche Voraussetzungen nicht erforderlich. – Vielleicht äußert sich dazu die DGPPN, Herr Pollmächer, oder auch Frau Wilms, das ist mir egal.

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Das hängt letztendlich von dem Gesamttabelleau ab. Wenn wirklich schwer suchtkranke Patienten damit eingeschlossen werden sollen und behandelt werden sollen, dann ist die Möglichkeit einer qualifizierten Entgiftung in einer kooperierenden Klinik zwingend notwendig.

Wenn es um diese Patienten nur im Nebenschluss geht, also, wenn es nur darum geht, dass das vielleicht einmal als eine Zusatzdiagnose auftaucht, die aktuell im Griff ist, dann ist das natürlich kein Problem. Aber je größer der Kreis und je allgemeiner der Einschluss der schwerkranken Menschen mit komplexen Hilfebedarf ist, umso wichtiger ist es, dass die Kliniken, die kooperieren, nicht nur die regionale Pflichtversorgung wirklich abdecken, sondern auch dieses spezielle Angebot für Suchtkranke machen können, das ja extrem wichtig ist und das viele schwerkranke Patienten brauchen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Dann waren Sie, Frau Wilms, noch angesprochen.

**Frau Dr. Wilms (ackpa):** Die ackpa hat dazu eine leicht andere Haltung. – Wir denken, wer die Pflichtversorgung hat und wer diese schwerkranken Patienten versorgt, sollte auch mit im Boot sein, auch insbesondere aufgrund der Beziehungskontinuität zu den Patienten. Man sollte nicht noch eine zusätzliche Hürde aufmachen, weil die Frage, ob eine Klinik diese entsprechende Versorgung anbietet, kann ja auch noch einmal andere Hintergründe haben. Also, wir denken F1 gehört zum Kapitel der psychischen Störungen und deshalb sollte da keine zusätzliche Hürde aufgebaut werden. Abgesehen davon, dass ich auch denke, dass es tendenziell auch wieder so eine interne Stigmatisierung der Suchtpatienten irgendwie herstellt. Ich finde das insgesamt schwierig, weil es ja viele Menschen gibt mit schweren psychischen Störungen, die auch ein Suchtthema haben. Und das ist leider nicht immer nur eine Nebendiagnose.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Dann müssten wir jetzt ein bisschen sortieren, weil ich noch Wortmeldungen von vor dieser Frage habe. Also, wer möchte sich noch zu dem Thema Qualifikation Suchtbehandlung äußern? – Ich habe hier eine Meldung von Frau Claus direkt dazu?

**Frau Dr. Claus (BDK):** Ja, genau. Ich wollte mich genau dazu äußern, weil wir sehen das auch ein bisschen anders als die DGPPN. – Also der Einschluss der Suchtkranken, ja. So spezifische Suchtbehandlungen wie möglich, ja. Aber nicht an der Stelle eine Barriere hochhalten, die aus unserer Sicht künstlich ist. Denn wir haben für die anderen Diagnosen keine weiteren Qualitätsanforderungen gestellt, also keine Spezifizierung für die Suchterkrankten.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Claus! Vielen Dank auch für die kurze Stellungnahme. – Ich glaube, ich habe eine Meldung von Frau von Haebler dazu. Haben Sie wesentlichen Ergänzungsbedarf?

**Frau Prof. Dr. von Haebler (DDPP):** Nein, ich wollte zu etwas anderem etwas sagen, nicht zu der Sucht.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay. – Ich habe eine Meldung von Frau Navarro-Ureña, ist das zum Thema Sucht?

**Frau Navarro-Ureña (PIBB):** Nein, auch zu einem anderen Thema.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Okay. – Dann mache ich jetzt erst einmal weiter mit der normalen Rednerliste und da wäre jetzt Frau Fix dran.

**Frau Dr. Fix (DCV):** Noch einmal zum Thema Häuslichkeit. Natürlich ist die Häuslichkeit extrem wichtig. Deswegen bin ich auch froh, dass es diesen Absatz 7 in dem Paragraph 9 gibt. Das sollte grundsätzlich allen Berufsgruppen möglich sein, hier multiprofessionell aufsuchend das häusliche Umfeld einzubeziehen.

Kritisch sehe ich hingegen den Satz „Voraussetzung für die Durchführung der multiprofessionellen Versorgung im Lebensumfeld ist die Eignung des Lebensumfeldes“. Wenn wir der Häuslichkeit und dem Lebensumfeld die entsprechende Rolle beimessen, dann darf hier diese Hürde nicht eingebaut werden. Es sei denn, was natürlich sicherzustellen ist, wenn es beispielsweise um Kindeswohlgefährdung oder solche Situationen ginge, müsste das natürlich ausgeschlossen sein. Aber ansonsten bitte ich den Satz hier auch noch einmal zu überdenken.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau Fix. – Dann habe ich eine Wortmeldung von Herrn Moors.

**Herr Moors (VAKJP):** Ganz kurz eine Bemerkung zum Transitionsalter. Diese Komplexversorgungsrichtlinie, die jetzt hier diskutiert wird, ist ja für die Patientinnen und Patienten ab 18 Jahre. Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen behandeln ja regelhaft das Transitionsalter von 18 bis 21 Jahren, im Einzelfall auch darüber, damit also die Kontinuität in der Behandlung bis zum Abschluss gewährleistet werden kann. Ich glaube, das ist noch einmal ein wichtiger Punkt. Ich setze deswegen beispielsweise den Status der psychologischen Psychotherapeuten an der Stelle mit dem der KJP gleich, wenn es um die Behandlung dieser Altersgruppe von 18 bis 21 Jahre geht. Das wäre mir wichtig, noch einmal zu betonen, weil wir doch einen erheblichen Bedarf an der Stelle haben und auch eine große Gruppe hier von den Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen behandelt wird.

Kurze Anmerkung: Es ist im Prinzip eben schon an einzelnen Stellen angesprochen worden, dass die Kinder und Jugendlichen fehlen. Ich kann das nachvollziehen, weil es hier um die Komplexversorgung der Erwachsenen ab 18 Jahre geht. Ich glaube, dass es notwendig wird, auch eine ähnliche Richtlinie für die Komplexversorgung im Bereich Kinder und Jugendliche zu erwähnen. Da werden wir noch mit ganz anderen Problemen zu tun haben – ich erinnere nur daran, dass wir gerade im Kinder- und Jugendbedarf beispielsweise sehr häufig mit der Ju-

gendhilfe zu tun haben –, wenn es um die Gruppierung geht, mit wem wir da alles kooperieren. Da wird es sehr spannend werden, zu schauen, wie wir SGB V und SGB III an der Stelle zusammenbekommen. – Danke schön.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! Sie haben unsere Sorgen aufgegriffen. Das sind natürlich die Gründe, warum wir uns zunächst auf die Erwachsenen konzentrieren, wie Sie sich vorstellen können. – Ich würde dann so ganz allmählich die Rednerliste schließen wollen. Ich glaube, es geht jetzt thematisch ein bisschen durcheinander, macht nichts. – Ich habe jetzt zunächst eine Wortmeldung von Herrn Hibler.

**Herr Hibler (BV SozTh):** Uns wäre ganz wichtig, ich weiß nicht, wo das am besten aufgenommen werden kann, aber das Ganze für uns vom Berufsverband, wenn es kein Papiertiger sein sollte, dass irgendwo ein Hinweis erscheint, dass die Berufsgruppen diese Leistungen in dem Netzwerk auch vergütet bekommen, sonst funktioniert das für unsere Berufsgruppe auf keinen Fall, für andere ist das vielleicht kein Problem. Wir kämpfen mit den Krankenkassen in vielen Bundesländern aktuell um Minutenwerte, was Leistungen sind, die nicht Face-to-Face sind. Ohne diesen Hinweis und ohne, dass es irgendwie die Chance besteht, dass es finanziert wird, wäre das aus unserer Sicht ein Papiertiger.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Hibler! – Dann Frau Berwanger.

**Frau Berwanger (BDP):** Was jetzt noch nicht zur Sprache kam – gut wir dürfen jetzt zwar keine Fragen stellen, aber eine Rückmeldung wäre trotzdem von großem Interesse.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Fragen dürfen von den Stellungnehmern in Tat nicht gestellt werden.

**Frau Berwanger (BDP):** Das Thema, was uns beschäftigt, ist, dass letztendlich chronifizierte komplex schwere Verläufe nur Chancen auf Verbesserung haben, wenn tatsächlich eine berufsgruppenübergreifende Arbeit am runden Tisch zusammen ermöglicht wird. Das heißt, es ist ganz wichtig, dass Strukturen außerhalb des SGB V zumindest punktuell herangezogen werden, insbesondere Strukturen der Teilhabe, berufliche Integrationsmöglichkeiten als auch beispielsweise betreute Wohnformen oder Strukturen der Selbsthilfe.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Wir sind uns des Problems bewusst. Allerdings wissen Sie für welchen Bereich wir eine Zuständigkeit und Regelungskompetenz haben und für welchen Bereich nicht.

Ich wollte jetzt noch einmal ankündigen, dass ich die Rednerliste jetzt einfach heimlich geschlossen habe. – Ich habe jetzt folgende Wortmeldung: Frau von Haebler, Frau Navarro-Ureña, Herr Pollmächer, Herr Hannig wollte sich noch einmal zur Häuslichkeit äußern, Frau Claus und Herr Stern und niemand sonst weiteres. – Frau von Haebler, bitte.

**Frau Prof. Dr. von Haebler (DDPP):** Danke, dass ich noch einmal sprechen darf. – Ich wollte zwei Dinge noch einmal betonen, die gesagt wurden, aber nicht so deutlich, wie es mir doch wichtig ist.

Sie haben vorhin wiederholt, dass die Verbote und die Verhinderungen von Kooperationen aufgehoben werden müssen. Dazu gehört auch die Zugehörigkeit zu einem Netzwerk. Wenn ich jetzt sage, es geht um die personelle Kontinuität, wir haben es mit Patienten zu tun, die eine Beziehungsstörung oder eine Beziehungsproblematik haben, dann müssen wir schauen, dass wir diese Grenzen – und das steht auch in dem Gesetz – von stationär zu ambulant tatsächlich wirklich gut regeln und dass hier Beziehungskontinuität garantiert ist und nicht nach



Ende einer Richtlinie dann plötzlich vorbei ist und an Beginn der Richtlinie mit einer Behandlungsdiskontinuität beginnt. Das wollte ich an der Stelle noch einmal betonen und dass wir die Genesungsbegleiter und das Zuhause auf jeden Fall mitdenken müssen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Frau von Haebler. – Frau Navarro-Ureña, bitte.

**Frau Navarro-Ureña (PIBB):** Ich wollte noch etwas zu der Versorgung im Lebensumfeld sagen. – Aus der Perspektive unseres Netzes ist es so, Herr G. [KBV], dass dies unbedingt in der Richtlinie dick unterstrichen werden muss, weil hier nämlich eine große Gruppe dieser Patienten lebt und auch nicht ohne weiteres in unsere Praxen, also nicht in das Versorgungsnetz kommt, obwohl sie es dringend bräuchten. Das sind die Patienten, die in der Regel einfach aufgesucht werden müssen, damit überhaupt eine Brücke in das Versorgungsnetz entsteht und dann eben überhaupt so etwas wie Beziehungsaufbau und kontinuierliche Arbeit an den Symptomen und an der Verbesserung der Teilhabe passieren kann.

Ich unterstreiche das noch, was Frau von Haebler gesagt hat. Die Sektorengrenze, wenn die Richtlinie etwas erreichen will, muss sie sich den Absatz der Sektoren vornehmen, weil dort sind zu wenig operationale Elemente drin, die unbedingt sein müssen. Wir hatten das auch in unserer Kommentierung geschrieben.

Ein zweiter Punkt, den ich jetzt auch hier loswerden will, ist die Kooperation in dem rechtskreisübergreifenden SGB-Bereich, der bei diesen schwer an Teilhabe gestörten Patienten undenkbar ist. Sie müssen in die Rehabilitation, sie müssen in Grundsicherungssysteme, also Sozialhilfe. Das muss alles koordiniert werden. Das ist eben auch die große Aufgabe eines Versorgungsnetzes. Und ein Versorgungsnetz bedeutet – um zu der Kollegin zu kommen, die eben fragte, ob man in diesen Strukturen arbeiten muss –, dass man aus seiner Praxis heraus muss. Das ist hier die große Veränderung, aber auch die große Chance dieser Richtlinie. Das möchte ich noch einmal als jemand, der leidenschaftlich seit über zehn Jahren vernetzt arbeitet, sehr, sehr deutlich betonen. Diese Strukturen, in denen wir jetzt arbeiten, erreichen diese Patientengruppe nicht! – Ausrufezeichen.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank! – Ich will kurz die Chance nutzen, mich schon einmal bei all denjenigen, die sich gerade verabschieden, weil wir im Prinzip die Zeit überschreiten, ganz herzlich zu bedanken – für alle anderen tue ich es gleich noch einmal – für diese wirklich sehr konstruktive Diskussion. Vielen Dank dafür. – Jetzt geht es weiter mit Herrn Pollmächer, dann Herr Hannig, Frau Claus und Herr Stern.

**Herr Prof. Dr. Pollmächer (DGPPN):** Ich habe nur noch eine kurze Bemerkung zur Häuslichkeit, von der ich annehme, dass Herr Hannig dies auch gleich einbringt. – Das ist schon wichtig, und zwar über das Kindeswohl hinaus, schon allein wegen der Angehörigen. Also, es muss schon klar sein, dass es beispielsweise nicht in der alleinigen Entscheidung des Patienten liegen kann, ob eine Behandlung im häuslichen Umfeld stattfindet.

Es gibt ganz unterschiedliche Konstellationen. Es gibt die Patienten, von denen wir gerade gehört haben, die man überhaupt nur dort erreichen kann. Und es gibt andere, die dorthin ausweichen wollen. Und wenn die Angehörigen beispielsweise nicht einverstanden sind, hat eine Behandlung im häuslichen Umfeld absolut keinen Sinn.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank, Herr Pollmächer! – Herr Hannig.

**Herr Dr. Hannig (BApK):** Ich kann eigentlich nur die Äußerungen von Herrn Pollmächer unterstützen. Wir wollen gerne gefragt werden, gegebenenfalls muss die Häuslichkeit auch vorbereitet werden. Einfach zu glauben, man stellt den für die Tür und wir machen die Tür auf, und alles ist fein: Ich glaube, das ist eine Vorstellung, die ist nicht ganz zutreffend. Also, bitte, wir müssen gefragt werden. Es ist auch ein grundgesetzmäßig geschützter Raum. Das geht uns

auch um die Grundrechte von uns Angehörigen bei dem Thema Häuslichkeit und ob wir eine Behandlung in unseren Häuslichkeiten zulassen. Ansonsten sind wir durchaus nicht unwillig, manche ja, aber generelle nicht, sonst hätten wir bis jetzt Corona nicht durchgestanden. – Danke schön.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank für das Statement. – Frau Claus.

**Frau Dr. Claus (BDK):** Das passt genau zu Herrn Hannig. Die Erfahrungen aus StäB zeigen, es geht sowieso nur, wenn die Angehörigen einverstanden sind. Es ist so, dass viele Angehörige rückmelden, dass sie das als entlastend und sehr unterstützend empfinden. Und der Begriff der Häuslichkeit ist angelehnt an die Vereinbarung zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband, was StäB angeht. Also der Begriff ist nicht gut, aber dass man selbstverständlich nicht einfach in eine Wohnung eindringen kann, in der mehrere Menschen wohnen, das ist auch klar. Es sollte auch berücksichtigt werden, dass mit Häuslichkeit nicht nur die Wohnung, sondern das Lebensumfeld, also auch die Parkbank und das Café und so weiter gemeint ist. Aufsuchend ist ein besserer Begriff.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Vielen Dank. – Herr Stern, letzte Chance.

**Herr Stern (UBSKM):** Letzte Chance, letzte Wortmeldung. – Noch einmal ein ganz globales Thema, das immer wieder aufgekommen ist, dass ich aber gerne am Ende noch einmal betonen möchte: Uns waren zwei Themen sehr wichtig. Das eine war die Kontinuität, die in der Regelversorgung im Augenblick für viele Menschen nicht so gegeben ist, wie es gut wäre. Das andere ist: Patienten/Patientinnen-Autonomie. Da sind und bleiben Punkte wichtig, wie beispielsweise: Kann ich einem festen Netzwerk oder in einem Netzwerk, das sich schon einigermaßen fest sortiert hat, Ärzte/Ärztinnen ablehnen? Kann ich andere wählen? Oder kann ich sagen, diese Hilfen möchte ich nicht? Wie ist es mit dem Datenschutz und der Informationsweitergabe im Netzwerk.

Ein Punkt der Autonomie ist natürlich auch die Häuslichkeit, letzten Endes auch folgende Entscheidung: Möchte ich aus dem Netzwerk eigentlich wieder heraus? Möchte ich zurück in die Regelversorgung? Ich glaube, wenn man in so einer Richtlinie, die eine große Hilfe für Menschen sein kann, die Hilfe brauchen und beispielsweise Hilfe nicht gut strukturieren können, das ganze so offen zu machen wie möglich, dann erreicht man auch die Menschen – wie Frau Navarro-Ureña eben auch angesprochen hat – am ehesten, die im Augenblick noch gar nicht so in der Regelversorgung ankommen. Ich glaube, das war es an Statement.

**Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende):** Das ist doch auch ein perfektes Schlussstatement für diese Diskussion. Ganz herzlichen Dank dafür. – Mein ganz herzlicher Dank noch einmal an Sie alle für diese wirklich gute, konstruktive, kontroverse Diskussion. Vielen, vielen Dank dafür.

Wir haben jetzt die ganzen guten Hinweise und ein bisschen den Salat, jetzt müssen wir mal schauen. Aber wir kannten ja auch schon Ihre Stellungnahmen. – Ich meine es ernst, es war wirklich eine sehr gute Anhörung; es war eine sehr gute Diskussion.

Ganz herzlichen Dank auch für Ihre Disziplin. Das hat doch eigentlich alles gut geklappt. Live wäre natürlich schöner, aber so ging es auch. – Vielen, vielen Dank. Vielen Dank auch für die Unterstützung hier von der Geschäftsstelle. Machen Sie es gut, bleiben Sie gesund!

Schluss der Anhörung: 17:04 Uhr

## **B-9 Würdigung der Stellungnahmen**

Stand: 12.07.2021

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

Übersicht Stellungnehmer

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Organisation</b>	<b>Abkürzung</b>
01	Bundesärztekammer	BÄK
02	Bundespsychotherapeutenkammer	BPtK
03	Bundesbeauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit	BfDI
04	Gesellschaft für Neuropädiatrie	GNP
05	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen	VKD
06	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.	bpa
07	Deutsche Psychoanalytische Vereinigung	DPV
08	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.	AWO
09	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	DVSG
10	Arbeitsgemeinschaft Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung e.V.	AG ADHS
11	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.	BFLK
12	Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e. V.	dgsp

Stand: 12.07.2021

Lfd. Nr.	Organisation	Abkürzung
13	Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V.	BPM
14	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V.	VAKJP
15	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie	DGVT
16	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	DGSP
17	Berufsverbands für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	BKJPP
18	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	DGPM
19	Spitzenverband ZNS	SpiZ
20	Berufsverband Deutscher Nervenärzte	BVDN
21	Deutscher Caritasverband e. V.	Caritas
22	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.	BAG GPV
23	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie DFT e. V.	DFT
24	Berufsverband Deutscher Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	BVDP
25	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie	DGPT
26	Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.	VDAB
27	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. <i>Familien-Selbsthilfe Psychiatrie e.V.</i>	BApK

Stand: 12.07.2021

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Organisation</b>	<b>Abkürzung</b>
28	Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	UBSKM
29	Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB)	Diakonie - BeB
30	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V.	SpiFa
31	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V.	SHV
32	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	DVGP
33	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.	bvvp
34	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V.	Dt. PaWo
35	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland e. V.	ackpa
36	Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg	PIBB
37	Bundesdirektorenkonferenz e.V.	BDK
38	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V.	BAPP
39	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	BDP
40	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.	DHS

Stand: 12.07.2021

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Organisation</b>	<b>Abkürzung</b>
41	AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.	APK
42	Berufsverband der Soziotherapeuten e.V.	BV Soziotherapeuten
43	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V.	DGKJ, DGSP
44	Gesellschaft für Neuropsychologie e. V.	GNP
45	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	DGPPN
46	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.	Dt. Alzheimer G.
47	Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.	CBP
48	Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e. V.	DPtV
49	Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.	DVT
50	Bundesverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland	BVSD
51	Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und Forschung	DGPSF
52	Interdisziplinäre Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie	IGPS
53	Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V.	VPKD
54	Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose	MEG

Stand: 12.07.2021

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Organisation</b>	<b>Abkürzung</b>
55	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V.	DFPP
56	Dachverband Deutschsprachiger PsychosenPsychotherapie e.V.	DDPP
57	Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V.	BED
58	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland	BAG Psychiatrie

**Abkürzungen:**

BSKV: berufsgruppenübergreifen, strukturierte und koordinierte Versorgung



**Allgemeine Stellungnahmen**

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
01	BÄK	<p>Die Bundesärztekammer begrüßt ausdrücklich den Richtlinienentwurf über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbedarf.</p> <p>Die Bundesärztekammer begrüßt die Fokussierung auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierendem komplexen Versorgungsbedarf.</p> <p>Die Behandlungsleitung und damit verbundenen Delegationsaufgaben sowie die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans innerhalb des Netzverbands kann nur durch Fachärzte und -ärztinnen der entsprechenden Fachgebiete erfolgen. Der Vorschlag auch nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten als Bezugsbehandler zuzulassen wird ausdrücklich abgelehnt.</p>		<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>In § 4 Absatz 3 wird den Bedenken insofern Rechnung getragen, dass bei der Behandlung einer/eines Patienten/-in immer eine/e (nichtärztliche) Psychotherapeut/-in und ein/e Facharzt/-ärztin eng und kontinuierlich zusammenarbeiten müssen.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Letzter Satz: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, als Bezugsbehandler sind auch psychologische</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				Psychotherapeuten in enger Abstimmung mit ärztlichen KollegInnen für die Umsetzung des Programms essenziell.
02	BPtK	<p>Der Gesetzgeber hat ... in der Gesetzesbegründung ausdrücklich auf die Kooperation von Psychotherapeut*innen mit den anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen abgestellt und zielt dabei insbesondere auf die Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzt*innen mit den zugehörigen älteren Fachgebietsbezeichnungen ab. Adressiert werden sollen dabei sowohl Patient*innen mit einem komplexen psychiatrischen als auch mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der Gesetzgeber sieht in diesem Sinne für diese Versorgungsform eine gleichberechtigte Kooperation von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen und den genannten Facharztgruppen vor...</p> <p>Psychotherapeut*innen (übernehmen) im Versorgungsalltag bereits jetzt die Aufgabe einer zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen... die Möglichkeit der Übernahme der Rolle als Bezugspsychotherapeut*in (ist) daher eine zwingende Konsequenz aus dem gesetzlichen Auftrag für die Erstellung einer Richtlinie zur Versorgung von Patient*innen mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf...</p> <p>die Koordination der Versorgung (ist) genuine Aufgabe der Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in...Sinnvoll ist dabei, dass je nach individuellem Behandlungs- und Koordinationsbedarf der Patient*in Teile der Koordination an andere Berufsgruppen übertragen werden können. Diese</p>		<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Aufgaben der Koordination können jedoch nicht in Gänze an andere Berufsgruppen abgegeben werden....</p> <p>Es muss daher erreicht werden, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die sich künftig in Netzverbänden für eine verbesserte Versorgung dieser besonders schwer erkrankten Patientengruppe engagieren, ausreichend Behandlungskapazitäten zur Verfügung stellen können. Um dies gezielt zu fördern, ist aus Sicht der BpTK eine Anpassung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie erforderlich. Hierdurch sollte den an Netzverbänden beteiligten Leistungserbringer*innen ermöglicht werden, gezielt weitere Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen für die Versorgung von Patient*innen nach dieser Richtlinie anzustellen, ohne dass deren Leistungserbringung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie durch die Regelungen nach § 42 Bedarfsplanungs-Richtlinie begrenzt wird.</p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Ausnahme: Erweiterung Bedarfsplanungskapazitäten . Im Hinblick auf die Koordination der Leistungen können wesentliche Anteile der Koordinationsleistung delegiert werden, hinsichtlich der persönlichen Leistungserbringung wird davon ausgegangen, dass schwere Fälle, um die es hier im Besonderen geht, auch heute schon den erforderlichen Zugang zu einer notwendigen psychotherapeutischen Versorgung eingeräumt bekommen.</p>
04	Gesellschaft für Neuropädiatrie e. V. (GNP)	<p>Zu § 4, (5) 9., § 8, TG (5) (KBV/DKG) (S. 36), TG Anlage § 4</p> <p>Bitte um Einbeziehung der Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie und/oder einer Zusatzweiter-bildung (Psychotherapie, spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin) als Berufsgruppe bei der Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr</p>	<p>Patienten mit seltenen und komplexen neurologischen Erkrankungen sowie mit Mehrfachbehinderungen werden häufig bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres in der</p>	<p><b>GKV-SV, DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Richtlinie richtet sich an die Versorgung insbesondere schwer kranker Patienten/-innen ab</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			<p>Neuropädiatrie behandelt. Der größte Teil dieser Patienten hat eine schwere geistige Behinderung, häufig mit behandlungsbedürftigen Erregungs- und Unruhezuständen auf dem Boden einer Depression, von Ängsten, einer Autismus-Spektrum-Störung oder einer „neuroirritabilität“ infolge schwerer strukturellen Hirnläsionen. Diese Patienten werden stationär, ambulant und in Heimen zum allergrößten Teil von Kinderärzten mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie und/oder Psychotherapie behandelt. Für diese Patientengruppe gibt es bislang kaum andere Versorgungsstrukturen.... Darüber hinaus werden Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen (u. a. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren,</p>	<p>dem ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 begonnene Behandlung bei einem ärztlichen, psychotherapeutischen und nichtärztlichen Leistungserbringer, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, fortgesetzt werden.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie zielt auf psychisch Erkrankte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen, nicht jedoch auf einen neurologischen Behandlungsbedarf, Komplexe neurologische Erkrankungen bedürfen einer speziellen fachspezifischen Versorgung. Der G-BA wird</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			<p>somatoforme und dissoziative Störungen) z. T. bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres in psychosomatischen Abteilungen von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit multimodalen Komplextherapien behandelt. Eine zeitnahe Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. der Erwachsenenpsychiatrie ist aufgrund der somatischen Symptome und/oder der zur Verfügung stehenden Aufnahmekapazität häufig nicht möglich....</p>	<p>zeitnah nach Beschlussfassung dieser Richtlinie, die sich in der vorliegenden Fassung ausschließlich an Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr richtet, mit der Erarbeitung einer Richtlinie für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beginnen; in der Richtlinie für Kinder und Jugendliche werden auch Festlegungen der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer getroffen.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
06	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.(bpa)	Nach Einschätzung des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. würde die Anzahl der Solo-Selbstständigen durch die - seitens der KBV und DKG vorgesehenen - Regelungen des Richtlinienentwurfs zunehmen, da diese im Verbund berücksichtigt / tätig werden könnten. Vielmehr können jedoch die ambulanten Pflegedienste - mit ihren psychiatrischen Fachkräften - die Netzwerkkoordination übernehmen, da sie zum einen i.d.R. besser qualifiziert sind, als die MFA, die bei den Ärzten tätig sind und zum anderen auch über mehr berufspraktische Erfahrung im Umgang mit den betreffenden Patienten verfügen.		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und Träger auch von Pflegediensten in die Textierung aufgenommen.
14	VAKJP	Die VAKJP unterstützt im Wesentlichen die Position der KBV. Es wird nur Stellung zu den §§ genommen, in denen die VAKJP von dieser Position abweicht, bzw. um die eingennommene Position aus Sicht der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in Ihrer Relevanz zu betonen.		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
15	DGVT	Parallel [zu § 92 Absatz 6b SGB V] hat das Bundesministerium für Gesundheit mit dem „Dialog - Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ einen Prozess zur Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung angestoßen. Im Rahmen dieses Prozesses wurde die Idee entwickelt, eine „ambulante Komplexleistung“ gesetzlich zu verankern. Dieser Vorschlag geht über die vorliegende Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V hinaus, denn mit der ambulanten Komplexleistung wird eine neue Leistungsform gesetzlich verankert, die bereits in vielen		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  Keine Änderung

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Projekten erfolgreich erprobt wurde.... Die vorliegende Richtlinie wird vor dem Hintergrund dieses weiterführenden Dialogs bewertet.... Zu einer möglichen ambulanten Komplexleistung hat die DGVT im Rahmen des Dialogprozesses des Bundesgesundheitsministerium Stellung genommen (vgl. <a href="https://www.psychiatriedialog.de/stellungnahmen/personenzentrierte-versorgung-vernetzung-und-kooperation">https://www.psychiatriedialog.de/stellungnahmen/personenzentrierte-versorgung-vernetzung-und-kooperation</a>).</p>		
17	BKJPP	<p>Der BKJPP konsentiert eine Stellungnahme des Spitzenverbands ZNS [Anmerkung GF: SpiZ, lfd. Nr. 19] zur Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V. Dort wurde umfassend Stellung genommen zur Richtlinie, der BKJPP war an der Abfassung dieser Stellungnahme beteiligt... Im Folgenden konzentrieren wir uns an dieser Stelle streng auf die speziellen Aspekte, die den Einbezug von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten betreffen. Wir nehmen hier nicht weiter Stellung zur weiteren inhaltlichen Ausgestaltung der Richtlinie, da dies bereits an anderer Stelle (s.o.) geschehen ist...</p> <p>...es (ist) von herausragender Bedeutung, dass der Anschluss aus kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer bzw. kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer Behandlung in das Versorgungsangebot gemäß der Richtlinie ggf. gut funktioniert und nicht systemimmanent durch Schnittstellenprobleme Entwicklungsverläufe gravierend gestört werden.... In der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ist es für Menschen mit psychischen Erkrankungen allgemeiner Konsens, dass die Altersgrenze bei 21 liegt und nicht bei 18 Jahren. Dies wurde z.B. in der Psychotherapierichtlinie im Rahmen der letzten Reform klar geregelt und es ist aus Sicht des BKJPP im Alltag praktikabel und der realen Situation der jungen Menschen</p>		<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Jugendliche im Sinne des Jugendschutzgesetzes (JuSchG) sind Personen, die 14, aber noch nicht 18 Jahre alt sind. Die Psychotherapie-Richtlinie legt hiervon abweichend fest, dass als Jugendliche Personen sind, die 14 Jahre, aber noch nicht 21. Jahre alt sind. Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren haben jedoch grundsätzlich Anspruch auf eine Erwachsenenpsychotherapi</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>angemessen. Der Zeitraum zwischen 18 und 21 kann damit flexibel im Sinne der jungen Menschen angepasst genutzt werden, um im Einzelfall zu entscheiden, wo eine Behandlung angesiedelt werden sollte.</p>		<p>e. Der G-BA wird zeitnah nach Beschlussfassung dieser Richtlinie mit der Erarbeitung einer Richtlinie für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beginnen; in dieser Richtlinie können auch Festlegungen zu Altersgrenzen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen getroffen werden.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
18	DGPM	<p>...Durch die Strukturierung der Aufgaben und Bahnung der Wege wird für diese Patientengruppe eine Steuerung und Bahnung übernommen, da die Patienten aufgrund der Schwere der psychischen Beeinträchtigung nicht ausreichend für sich sorgen können. Für diese Patientengruppe ist die vorgesehene strukturierte Versorgungsform sehr geeignet...</p>		<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p>



Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Umgekehrt können Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen, die weniger in ihren psychosozialen Funktionen beeinträchtigt sind, sich in ihrer Patientenautonomie und Partizipation beeinträchtigt fühlen. Es ist zu befürchten, dass diese Strukturen sich ungünstig sowohl auf die Inanspruchnahme wie auch auf die Behandlungsqualität und den Behandlungserfolg auswirken können. Es ist zu klären, wie die neuen Versorgungsstrukturen neben den aktuellen - auch im internationalen Vergleich - sehr leistungsfähigen Strukturen der psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung entwickelt werden sollen und wie diese in Beziehung stehen....</p> <p>Die DGPM regt an, Sorge dafür zu tragen, dass der bürokratische und administrative Aufwand in dem neuen Versorgungskonzept auf ein Minimum beschränkt wird, damit Ärzte, psychologische Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer ein größtmögliches Maß ihrer Arbeitsleistung am Patienten erbringen können.</p>		
22	BAG GPV	<p>...Sicherstellung der Vernetzung mit den Einrichtungen der „Sozialen Teilhabe nach SGB IX“, da sich der anvisierte Personenkreis dort vorrangig in Betreuung befindet.</p> <p>Um die Richtlinie konstruktiv in die Praxis umzusetzen, ist diese Verbindung unabdingbar, wie auch zum anderen die Einbindung an und in die koordinierenden Gremien nach den PsychKG's und der regionalen Psychiatrieplanung. Es muss vor allem darauf geachtet werden, dass die beabsichtigten Netzverbände nicht als Parallelstruktur zu den regionalen Gemeindepsychiatrischen</p>		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Zur Verbesserung der Versorgung der psychisch Erkrankten, die mit dieser Richtlinie erreicht werden sollen, wird auch der strukturierte Austausch und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen, die nicht dem SGB V angehören,</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Verbänden (GPV) oder den wie auch immer benannten regionalen Strukturen der verbindlichen Kooperation und Vernetzung eingerichtet werden. Demgemäß sollte eine verbindliche Mitgliedschaft in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden oder eben den analogen Strukturen der regionalen Vernetzung festgeschrieben werden. Die Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen kann nur in einem regionalen Verbund erfolgen, der einrichtungs- und rechtskreisübergreifend sowie leitliniengerecht organisiert ist....</p>		<p>angestrebt. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz jedoch nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Keine Änderung</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird gefolgt</p>
23	DFT	<p>Die DFT ...unterstützt ausdrücklich die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer und sieht vor allem folgende Punkte als wichtig an:</p> <p>1. Der Behandlungsbedarf von Menschen, die von schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen betroffen sind, sollte nicht ausschließlich diagnose- und leitlinienorientiert ermittelt werden. Gerade bei den Betroffenen solcher Erkrankungen ist der Behandlungsbedarf patientenorientiert zu ermitteln...</p> <p>2...psychologische Psychotherapeut*innen, ärztliche Psychotherapeut*innen und Kinder-Jugend-Psychotherapeut*innen aus</p>		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>dem ambulanten und stationären Bereich (sollten) eine zentrale koordinierende Rolle übernehmen...</p> <p>3...(für) die Bearbeitung der den schweren Erkrankungen meist zugrunde liegenden interpersonellen psychischen Themen ... ist besonders die psychodynamische Psychotherapie prädestiniert</p> <p>4. Wechsel vertrauter Behandler (sollten) möglichst vermieden, ... sowie bereits etablierte vertraute Behandler ... in das Netzwerk der koordinierten Versorgung einbezogen werden.</p> <p>5. bessere Übergänge von der stationären in die ambulante Behandlung (und umgekehrt),</p> <p>6. neue Abrechnungsziffern...(ebenfalls für) regelmäßige(n) Austausch aller Behandler*innen,</p> <p>7. Möglichkeiten zur ambulanten Krisenintervention (sollten) ausgebaut werden,... Grundsatz „ambulant vor stationär“...</p> <p>8... in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind bessere Schnittstellen zwischen Schule und ambulanter Therapie zu fördern, ...ambulante hybride Beschulungsmöglichkeiten (sollten) etabliert werden</p>		
29	Diakonie - BeB	<p>Kritisch sehen wir den Ansatz, dies allein aus der Perspektive des SGB V heraus umzusetzen. Gesundheitsbezogene Leistungen für diese Zielgruppen sind kontextbezogen zu erbringen und daher oft nicht nur sektoren- sondern auch sozialleistungsträgerübergreifend zu planen und zu organisieren....</p> <p>Dies erfordert – wenn nur Regelungen im Bereich des SGB V zu treffen sind - dass zumindest die Anschlüsse und die Zusammenarbeit mit Leistungen anderer Sozialgesetzbücher im SGB V von Anfang an</p>		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird gefolgt.</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>mitgedacht, verbindlich geregelt und dann auch finanziert werden. ... Eine gemeinsame, regionale Versorgungsverantwortung aller psychiatrischen Leistungserbringer ist gesetzlich zu normieren....</p> <p>Prüfkriterien für eine an den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ausgerichtete berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung sind deren Abgleich mit den S3 Leitlinien für psychosoziale Therapie. Für den SGB V Bereich bedeutet dies, dass neben diagnosespezifischen psychotherapeutischpsychopharmakologischen Behandlungsansätzen vor allem Recovery, Empowerment, milieuthérapeutische Ansätze sowie partizipative Entscheidungsfindungen auf Grundlage vertrauensvoller und kontinuierlicher Beziehungen umgesetzt werden. In den Richtlinien nach § 92 Abs. 6b ist diese Umsetzung zu beschreiben und zu konkretisieren. Der Netzverbund muss auch Behandlungsangebote für die hohen Komorbiditäten von schweren psychischen Erkrankungen und einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung gewährleisten.</p>		
30	SpiFa	<p>...Vor der Schaffung von neuen, eventuell sogar von Doppel-Strukturen bedarf es einer tragfähigen Analyse,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aus welchen Gründen behandlungsfähige und behandlungswillige Patienten nicht versorgt sind und</li> <li>- welche Behandlungs- oder Betreuungsangebote fehlen.</li> <li>- Ebenso muss zuvor abgeklärt sein, wie groß die adressierte Patientenpopulation überhaupt ist, zumindest annäherungsweise.</li> </ul> <p>Gibt es denn eine Erfassung oder zumindest grobe valide statistische Schätzung, wie viele der „schwer psychisch Kranken“ nicht in Behandlungen genommen werden, und wenn das so ist, die Gründe dafür? In den Begründungstexten ist nichts darüber zu finden. Es stellt sich</p>		<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>die Frage, ob sich der Unterausschuss mit den Bedarfsgrundlagen überhaupt beschäftigt hat. Aus den Unterlagen geht dies zumindest nicht hervor....</p> <p>Allerdings erschöpft sich der [Richtlinien-]Vorschlag in einer allgemeinen, bürokratisch aufwändigen Struktur. Inhalte fehlen im Wesentlichen.</p> <p>Es wurde offenbar eine vage Struktur am Reißbrett entworfen. Die weitgehende Inhaltslosigkeit schützt vor vertiefenden Nachfragen...</p> <p>Ursprünglich wurden psychiatrische Institutsambulanzen für genau die hier avisierte Zielpopulation eingerichtet. Im Lauf der Zeit hat sich die Indikation für eine Behandlung dort ohne Eingrenzungsmöglichkeit ausgeweitet und bildet eine der intransparentesten und gewinnbringendsten berufsübergreifenden Strukturen im gesamten Gesundheitswesen. Eine ähnliche Entwicklung könnten Großstrukturen nehmen, wie sie zum Teil hier vorgeschlagen sind, allerdings mit noch höheren Kosten, die an anderer Stelle der Regelversorgung fehlen. (S. 17)</p>		
32	DVGP	<p>..es (handelt) sich bei dieser Versorgungsform lediglich um einen Teilschritt in Richtung auf eine leitliniengerechte Versorgung schwerer psychischer Erkrankungen ...</p> <p>Von den ...Standards unterscheidet sich die Versorgung nach dieser Richtlinie in folgenden Punkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Koordination ...bleibt ... innerhalb des Rechtskreises des SGB V.</li> <li>• ...mit der Richtlinie (wird) eine Verbundbildung nur innerhalb des SGB V vorgegeben. Die neuen Netzverbände stehen somit neben den Sozial- und Gemeindepsychiatrischen Verbänden, die sich...rund um die Leistungen des SGB IX gebildet haben. Für eine leitliniengerechte,</li> </ul>		<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>rechtskreisübergreifende Gesamtvernetzung wären vielmehr Gesamtverbände aller Leistungserbringer erforderlich...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Im Ergebnis wird es zukünftig für viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zwei parallele „Gesamtpläne“ geben, den Gesamtbehandlungsplan nach dieser Richtlinie und den Gesamt- bzw. Teilhabeplan gemäß SGB IX.</li> <li>• es (wird) für diese Betroffenen je eine „koordinierende Bezugsperson“ in den Leistungsbereichen des SGB V und des SGB IX geben....</li> <li>•Die im Richtlinien text beschriebenen Koordinationsleistungen entsprechen der international als Case Management bezeichneten Leistung. Für Case Management liegt nur eine mäßige Evidenz vor, eine gezielte Anwendung wird lediglich „nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen (z. B. geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hohe Inanspruchnahme von stationären Behandlungen)“ empfohlen (Empfehlungsgrad B,...). Erforderlich wären zur adäquaten Versorgung darüber hinaus gehende Leistungen im Sinne eines Intensive Care Management bzw. eines Assertive Community Treatment ...</li> </ul>		
33	bvvp	<p>Der bvvp hält es für zentral, dass die Versorgung Patient*innen-zentriert und auf den jeweiligen individuellen Bedarf abgestimmt und dass die freie Behandlerwahl gewährleistet ist. Genauso zentral ist die Behandlungskontinuität gerade für schwer erkrankte Patient*innen...</p> <p>Alle genannten Ausgangsbedingungen erfordern es, dass eine große Anzahl an Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sich in die Netze der neuen Richtlinie einschreibt und dass die Mindestkriterien für die Teilnahme nicht zu hoch angesetzt werden.....</p>		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im Rahmen der Beratungen wurden die Kriterien für die Behandlung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie weiter gefasst.</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Der Ansatz des GKV-Spitzenverbandes mit einem engen Zugang zur Richtlinie würde zu hochspezialisierten Praxen führen, die eher einem Modell der sozialpsychiatrischen Versorgung entsprechen würden. Diese Zugangsverengung wird dem gesetzlichen Auftrag nicht gerecht und wird deshalb vom bvvp abgelehnt.</p> <p>Grundsätzlich sieht der bvvp im Entwurf der KBV die Behandlungsrealität und die Behandlungserfordernisse angemessen abgebildet im Hinblick auf das Ziel des gesetzlichen Auftrags und auf die faktische Realisierbarkeit....</p>		<p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p>
34	Dt. PaWo	<p>Der zu versorgende Personenkreis hat in der Regel Anspruch auf Leistungen nach dem SGB V wie dem SGB IX. Der vorliegende Beschlussentwurf schöpft die Möglichkeit der Verzahnung von Leistungen nach dem SGB V und SGB IX nicht aus. In der Folge werden u.a. Doppelstrukturen in der Versorgung nicht konsequent vermieden.</p> <p>Der Paritätische weist ...darauf hin, dass eine Behandlung umso erfolgversprechender ist, wenn Patient*innen aktiv an Entscheidungen beteiligt werden. Einige Vorschläge des vorliegenden Entwurfs sehen lediglich eine „Abstimmung“ mit den Leistungsberechtigten vor, hier ist ... ihre Zustimmung zum Kriterium zu machen.</p>		<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich an mehreren Punkten der Richtlinie gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Für die in der Richtlinie definierte Patientengruppe wird mit Hilfe der vorgesehenen Regelungen eine Verbesserung der Versorgung auch im Hinblick des Austausches mit Einrichtungen, die nicht dem SGB V angehören, angestrebt. Der G-BA kann in</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>seiner Regelungskompetenz jedoch nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, der Funktion der Patientenautonomie wird Rechnung getragen.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird gefolgt.</p>
35	ackpa	<p>Mit dem nun vorliegenden Beschluss wurde eine neue Versorgungsform mit administrativen Inhalten geschaffen, wo es galt, die bestehenden Versorgungsformen besser zusammenzufassen und Synergien zu befördern. Diese inzwischen typisch zu nennende Form der Antwort auf die strukturelle Grundlage unseres Gesundheitssystems zeigt daher: kleinteilige Kontrolle von Teilschritten, überbordende Regularien und zusätzlicher administrativer Aufwand mit dem explizierten Ziel, eine</p>		<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p>



Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		Verbesserung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure zu erreichen... eine Überarbeitung der Richtlinie in ihrer Gänze (ist) zwingend notwendig. Ein Vorschlag dazu ist in dem DGPPN-Modell für eine gestufte und koordinierte Versorgung zu finden...(S. 1 – 2)		
40	DHS	Menschen, die von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen sind, zählen ebenfalls zur Zielgruppe. Für sie ist die parallele, übergreifende Organisation von Behandlungsmaßnahmen, u.a. zur (Wieder-)Eingliederung und Teilhabe von besonderer Bedeutung. Dazu nehmen die betroffenen Menschen Leistungen in Einrichtungen der Suchthilfe (Suchtberatung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Nachsorge u.v.m.) in Anspruch. In diesen Einrichtungen erfolgt die Versorgung der Klienten und Klientinnen, Patientinnen und Patienten, Bewohner und Bewohnerinnen auch durch Sozialarbeiterinnen/-arbeiter, Sozialpädagoginnen/-pädagoginnen, Suchttherapeutinnen und -therapeuten und ähnliche Berufsgruppen. Deshalb ist es uns ein besonderes Anliegen, im Sinne einer bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise bzw. einer ICF-Orientierung, den Fokus bei der Behandlung NICHT ausschließlich auf die medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen zu legen, sondern tatsächlich eine multiprofessionelle Behandlung zu gewährleisten.		<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird gefolgt.</p>
41	APK	<p>...Die neue Richtlinie sollte sich grundsätzlich und ausschließlich auf eine bessere Vernetzung der bestehenden Behandlungsangebote ohne Einschränkung von deren Funktion konzentrieren. Sie darf keinesfalls psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen und andere bestehende Angebotsformen schwächen, die bereits berufsgruppenübergreifende, koordinierte Versorgung anbieten...</p> <p>Grundsätzlich sei darauf hingewiesen, dass durch die in § 92 6b SGB V getroffene Regelungen <b>nicht</b> die Etablierung von ambulanten</p>		<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Komplexleistungen im notwendigen Umfang und notwendiger Reichweite erreicht werden kann...</p> <p>Als ambulanten Komplexleistungen haben wir Behandlungsleistungen von einem multiprofessionellen Behandlungsteam beschrieben bzw. Behandlungsleistungen von mehreren Leistungserbringern, die so intensiv koordiniert werden, dass die Bezeichnung <i>wie aus einer Hand</i> gerechtfertigt ist...Bisher fehlte es einer gesetzlichen Grundlage für ambulante Komplexleistungen...Die APK empfiehlt die Einfügung der neuen Leistungsform „Ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke“ ins SGB V: Solch eine gesetzliche Verankerung würde auch eine weitergehende Rechtsgrundlage für diese Richtlinie abgeben.</p>		
43	DGKJ, DGSPJ	<p>Aufführung von Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kinder- und Jugendlichentherapeuten, PIAS der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärzte/Psychologen/Psychotherapeuten in SPZ/pädiatrische Psychosomatik als ebenfalls mögliche Bezugsärzte/-therapeuten und Kinder- und Jugendärzten mit Schwerpunktbezeichnung/Zusatzweiterbildungsbezeichnung, die komplex chronisch kranke psychisch komorbide Patienten bis zum vollendeten 21. LJ betreuen.</p>	<p>Gerade bei schwer psychisch erkrankten oder zusätzlich komorbid erkrankten Jugendlichen verzögert sich die Entwicklung und damit auch der Übergang ins Erwachsenensein. Ein Wechsel in die Erwachsenenmedizin mit vollendetem 18 LJ ist deshalb oft eine Überforderung, weil Nachreifung notwendig ist. Der Wechsel mit 18 Jahren tritt zeitgleich ein mit der rechtlichen Volljährigkeit und anderen damit verbundenen Veränderungen. Eine</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt</p> <p><b>DKG:</b> und zumindest zum Teil in § 3 Absatz 5 umgesetzt. Da die Richtlinie Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr adressiert, wird von einer Aufnahme der KJ-Ärzte/Therapeuten als Bezugsärzte/-Therapeuten abgesehen. Zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung kann eine bereits wegen der psychischen Erkrankung</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			<p>Behandlungsstabilität in einer möglichen Übergangszeit bis zum vollendeten 21. LJ ist deshalb notwendig</p>	<p>nach § 2 begonnene Behandlung bei einem ärztlichen, psychotherapeutischen und nichtärztlichen Leistungserbringer, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln, fortgesetzt werden.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Richtlinie richtet sich an psychisch Erkrankte ab 18 Jahren. Der G-BA wird zeitnah nach Beschlussfassung dieser Richtlinie mit der Erarbeitung einer Richtlinie für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beginnen; in dieser Richtlinie können auch Festlegungen</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
				<p>zu Altersgrenzen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen getroffen werden.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt und die besonderen Bedarfe im Übergangszeitraum bis zum 21. LJ durch den Einbezug von qualifizierten Gesundheitsberufen sichergestellt.</p>
45	DGPPN	<p>... Während der vorliegende Entwurf für eine Richtlinien einen wichtigen Schritt in Richtung einer koordinierten Versorgung im Vertragsarztbereich darstellt, wird das gesetzgeberische Ziel einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung verfehlt.</p> <p>Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen, finden sich in unserem hochgradig fragmentierten Versorgungssystem nicht zurecht und scheitern häufig an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern. An den Übergängen zwischen den einzelnen Versorgungsformen, besonders auch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, kommt es immer wieder zu Abbrüchen der Behandlung, die eine relevante Gefährdung der psychischen Gesundheit bewirken kann. Vor diesem Hintergrund muss die von DKG und KBV avisierte obligate Kooperation des Netzverbands mit pflichtversorgenden Krankenhäusern eine entscheidende Rolle spielen. Zur Verbesserung der sektorübergreifenden, koordinierten und</p>		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird durch die verpflichtende Kooperation von Netzverbund und Kliniken gefolgt. Hinsichtlich der verfehlten Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung bleiben Versorgungsergebnisse nach Umsetzung abzuwarten und</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		strukturierten Versorgung sind jedoch noch weitere Regelungen seitens des G-BA, gegebenenfalls auch des Gesetzgebers, zu treffen. Auf die bekannten weitreichenden Vorschläge der DGPPN zur Verbesserung der Sektorenübergänge im Sinne einer gestuften Versorgung kann jederzeit zurückgegriffen werden.		erfordern ggf. Nachbesserungen nach Vorliegen der Ergebnisse.
49	DVT	Durch die Kooperation verschiedener beteiligter Berufsgruppen und die Abbildung des bei dieser Patientengruppe häufig hohen Koordinierungsaufwands sehen wir eine Chance, dass die Angebote besser am Bedarf der Patient*innen orientiert werden können und für die beteiligten Berufsgruppen Anreize geschaffen werden, sich in der Versorgung dieser Patient*innen noch mehr zu engagieren.		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
55	DFPP	(Anschreiben:) Zusammenfassend kritisiert die DFPP, dass die Ausführungen nicht immer der Tatsache gerecht werden, dass der Adressatenkreis in aller Regel multiprofessionelle, mobile- nachgehende, niedrighschwellige und alltagsnahe Hilfen braucht. Hier sieht die DFPP vor allem die Art des Zugangs zum Angebot, sowie die starke Betonung der ärztlichen (oder psychotherapeutischen) Behandlungs- und Koordinierungsverantwortung als nicht zielführend an. Die Hilfebedarfe der Adressatengruppe erfordern Kompetenz und Verantwortungsübernahme von allen Leistungserbringer*innen, deren Potenzial nicht beschnitten werden sollte.  Internationale STEPPED-CARE-Modelle, die in ihrer Wirkung gut belegt sind und vor allem durch niederschwellige Zugangswege gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen schnell und wirkungsvolle Hilfen zukommen lassen können, bildet die Richtlinie nicht ab. Eher scheinen die dargestellten Leistungen an Patientinnen und		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  Keine Änderung <b>KBV:</b> Der gestufte Versorgungsaufbau der Richtlinie von bisheriger ambulanter Versorgung, Versorgung nach 92 6b SGB V, PIA-Versorgung und schließlich stationärer Versorgung entspricht einem stepped care Ansatz.

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Patienten zu adressieren, denen es leichtfällt, Termine wahrzunehmen, sich an Strukturen zu halten und die damit relativ einfach zu behandeln sind. STEPPEDCARE-Modelle für vulnerable Personengruppen in medizinischen Kontexten zeichnen sich dadurch aus, dass nicht nur niederschwellige Zugangsmöglichkeiten und damit Leistungsauslösung möglich ist, sondern auch die Angebotsvielfalt niederschwellig beginnen kann und in der fachärztlichen oder auch Krankenhausversorgung endet. In der vorliegenden Richtlinie steht die STEPPED-CARE-Pyramide auf dem Kopf. So müssen Zugangswege und Leistungsauslösung über Facharztstrukturen/Psychotherapeut* innen erfolgen; was als hochschwelliges System und auch als hochschwelliger Systemzugang bezeichnet werden.</p>		
56	DDPP	<p>...Das Versorgungsziel dieser Richtlinie muss sein, diese PatientInnen-Gruppe nicht erneut aus dem Blick zu verlieren, sondern hier eine zielgenaue und umfassende Versorgungsstruktur zu entwickeln. Dafür ist es notwendig, dass unter der Überschrift der Komplex-leistung verschiedene Leistungsträger, insbesondere die Institutsambulanzen der regional zuständigen Kliniken und die außerklinischen ambulanten Angebote des SGB V (und perspektivisch auch darüber hinaus) verbindlich zusammenarbeiten können.</p> <p>Naheliegende Strategien sind die Senkung der Zugangsschwellen, aufsuchende Arbeit, langfristige Beziehungskontinuität mit psychotherapeutischer Kompetenz und eine umfangreiche kontinuierliche Kooperation der an der ambulanten Behandlung beteiligten Personen. Dies soll hier umgesetzt werden.</p>		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
58	BAG Psychiatrie	<p>Die ambulante, multiprofessionell organisierte und vernetzte psychiatrisch-psychotherapeutisch Versorgung von Menschen mit schweren und komplex mehrdimensional zu versorgenden Erkrankungen ist seit über 20 Jahren Kernaufgabe der psychiatrischen</p>		<p><b>GKV-SV, DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung</p>

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Institutsambulanzen in ganz Deutschland. Im §118 (1), (2) und (4) sind Auftrag und Zielgruppen dieser ambulanten Versorgung beschrieben. Für mehr als 2 Millionen komplex zu versorgende Patientinnen und Patienten in Deutschland versuchen die psychiatrischen Kliniken über die multiprofessionell und regional bedarfsorientiert aufgestellten PIA-Strukturen - mit den besonderen Mitteln der Kliniken - die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Zusammenarbeit und ergänzend mit dem vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich zu sichern.</p> <p><b>Die Mitglieder der BAG Psychiatrie haben zusammen mit vielen anderen Verbänden, insbesondere den psychiatrischen Fachgesellschaften, große Hoffnungen in diese neue G-BA-Richtlinie für die ambulante psychiatrische Versorgung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf gesetzt. Hoffnung war, dass mit dieser Richtlinie tatsächlich die Sektoren - sowohl innerhalb des SGB V aber auch darüber hinausgehend die anderen SGB-Bücher – adressiert würden – damit die Versorgungssituation der im Titel der RL als Zielgruppen adressierten Menschen wirklich relevant verbessert werden kann und frühdiagnostisch als auch sekundärpräventiv der Bedarf der Patienten besser als bisher formuliert werden kann.</b></p> <p>Leider enttäuscht die jetzt vorgelegte erste Fassung der Richtlinie alle in sie gesetzten psychiatrisch-versorgungsstrategischen und politischen Erwartungen bzgl. sektorenübergreifender Ansätze sowohl fachlich als auch hinsichtlich der strukturell-organisatorischen Vorschläge. Die vorgelegte G-BA-Richtlinie ignoriert z.B. vollständig relevante Patienten-Zielgruppen im vertragsärztlichen Bereich wie z.B. die Gruppe der Menschen in der Frühphase dementieller Erkrankungen bzgl. komplexer und ggf. aufsuchend erforderlicher Diagnostik und Therapien. Aber auch für etliche weitere Zielgruppen formuliert die Richtlinie ein vor allem organisatorisches Bürokratie-Korsett – mit einem unrealistischen</p>		<p><b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird nicht gefolgt, da unklar ist, was gemeint ist. Insbesondere die Forderung, die Stellungnahme der DKG zu berücksichtigen, ist unverständlich.</p>

Stand: 12.07.2021

Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Anspruch an die Adhärenz und Compliance der Menschen in dieser Versorgung. Genau diese Anforderungen an Compliance erfüllt die Zielgruppe oft nicht.</p> <p>Durch die finanzielle Neubewertung bzw. erwartete erhebliche Aufwertung der koordinierenden Leistung im Rahmen dieser G-BA-Richtlinie sollen die Vertragsärzte und Psychotherapeuten ermutigt werden, sich der komplexer zu versorgenden Zielgruppen intensiver als bisher zuzuwenden.</p> <p>Da wir realistisch nicht davon ausgehen können, dass die Vertragsärztinnen und Ärzte und die Vertragspsychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Ihre bisherigen Arbeitsressourcen für die neue Aufgabe gemäß §92 (6b) SGB V „frei“ gehalten haben, muss die Frage geklärt werden, wer dann die bisherigen Versorgungsaufgaben der niedergelassenen Vertragsärzte und Psychotherapeuten erfüllt, die nach meiner Kenntnis bisher auch vollständig ausgebucht waren....</p> <p>Die neue G-BA-Richtlinie bringt in unseren Augen keinerlei Verbesserung für die ambulante, wohnweltnahe Versorgung von Menschen mit tatsächlich komplexem psychischen Erkrankungen.</p> <p><b>Die BAG fordert daher, neben der <u>Berücksichtigung</u> der grundsätzlich angemerkten Kritikpunkten die <u>Änderungsbedarfe</u> gemäß <u>der DKG-Stellungnahme</u>, die abgestimmt ist.</b></p>		

**Titel der Richtlinie**



Titel	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
Titel	28	UBSKM	UBSKM empfiehlt hier, den psychosomatischen Behandlungsbedarf schon im Titel mit zu nennen.	Siehe Begründung §1 Abs. 2	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,  <b>DKG:</b> da sich besonders im Titel eng am Wortlaut des gesetzlichen Auftrages orientiert wurde. In § 1 Absatz 2 erfolgt eine Aufnahme und in den Tragenden Gründen eine Klarstellung, dass die/der psychosomatische Behandlung/-bedarf immer mit gemeint und somit umfasst ist.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Titel der Richtlinie orientiert sich eng am Wortlaut der Ermächtigungsgrundlage des § 92 Absatz 6b Satz 1 SGB V, wonach Regelungen für insbesondere schwer psychisch Erkrankte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu treffen sind.  Änderung in „Richtlinie über die</p>

					<p>berufsgruppenübergreifend e, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
Titel	30	SpiFa	Es fehlt im Titel der Richtlinie: psychosomatisch, sowie es von KVB, DKG und Patientenvertretern auch vorschlagen wird		<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,</p> <p><b>DKG:</b> da sich besonders im Titel eng am Wortlaut des gesetzlichen Auftrages orientiert wurde. In § 1 Absatz 2 erfolgt eine Aufnahme und in den Tragenden Gründen eine Klarstellung, dass die/der psychosomatische Behandlung/-bedarf immer mit gemeint und somit umfasst ist.</p>

					<p><b>GKV-SV:</b> Der Titel der Richtlinie orientiert sich eng am Wortlaut der Ermächtigungsgrundlage des § 92 Absatz 6b Satz 1 SGB V, wonach Regelungen für insbesondere schwer psychisch Erkrankte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu treffen sind.</p> <p>Änderung in „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
--	--	--	--	--	---

Stand: 12.07.2021

					<b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
--	--	--	--	--	---

**A. Allgemeines**

**§ 1 Zweck und Versorgungsziele**

**§ 1 Absatz 1**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1			05	VKD	...wir [befürworten] die Einbindung in ein Gesamtversorgungskonzept. Innerhalb dieses Gesamtversorgungskonzeptes muss die Vermeidung eines stationären Aufenthaltes der Bewertung und Einbindung dienen, welche auf integrative Versorgungsformen abzielt.		<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
1			05	VKD	Wir ...legen besonderen Wert darauf, dass die Funktion der psychiatrischen Institutsambulanz erhalten bleibt und ihre etablierte und sicherlich außer Frage stehende Wirksamkeit nicht benachteiligt wird. Wir verlangen mit Nachdruck, dass die Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen von ihrer Systematik und vom Grunde her nicht zur Disposition gestellt wird.	Die geforderte Leistung kann zweifelsfrei auch durch andere auch durch andere akademisch qualifizierte Therapeut*innen und nicht nur Ärzt*innen oder Bezugstherapeut*innen geleistet werden. Es ist sicherlich ein zwingender Weg auch andere Ausbildungsgänge hier zu berücksichtigen, da	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						der Mangel an Personal allgemein bekannt ist.	vorgenommen; auch eine Anpassung der Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen ist nicht Teil der Beratungen im G-BA.  Keine Änderung <b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird gefolgt
1			05	VKD	Die neue Versorgungsform muss ihren Mehrwert erst in der Praxis beweisen. Etablierte, funktionierende Systeme dürfen nicht benachteiligt oder umgangen werden.	Erst im Rahmen der Evaluation (§14) kann überprüft werden, welche Versorgungsform für die schwerbetroffenen Patienten am vorteilhaftesten ist.	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	1		11	BFLK	Vorschlag: <i>„... insbesondere für schwer psychisch <b>erkrankte</b> Versicherte mit einem komplexen ... Behandlungsbedarf.“</i>	Die Formulierung „psychisch erkrankte“ sollte schon aus ethischen Gründen gewählt werden, denn im Gegensatz zu „psychisch kranken“ impliziert sie keine unabänderliche Stigmatisierung sondern eine temporäre Erkrankung mit durchaus gegeben Heilungschancen.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [ <b>PatV:</b> grundsätzlich] gefolgt. <b>KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Formulierung orientiert sich am Gesetzestext.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	1		16	DGSP	Die Qualität der psychiatrischen Behandlung und Versorgung muss sich an der Qualität der Behandlung / Versorgung der schwerst-psychisch erkrankten Menschen messen lassen. Ein berufsgruppen-, sektorenübergreifender, koordinierter und strukturierter Ansatz ist notwendig.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	1		22	BAG GPV	Vorschlag: Statt <i>Erleichterung</i> der Übergänge sollte eine <b>Sicherstellung</b> festgeschrieben werden.	Im Sinne der bereits oben beschriebenen Vernetzung ist die Sicherstellung unbedingt anzustreben.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> da sich eng am gesetzlichen Wortlaut orientiert wird. <b>GKV-SV:</b> Die gewählte Formulierung orientiert sich eng an der Ermächtigungsgrundlage des G-BA in § 92 Absatz 6b Satz 3 SGB V, die Regelungen für eine Erleichterung der Sektorenübergänge vorgeben. <b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Keine Änderung, <b>KBV:</b> da keine Leistungsgarantie abgegeben werden kann.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird gefolgt
1	1		27	BApK	Vorschlag: Abdeckung kommunaler Gebiete	Nach unserem Verständnis sollte durch einen Netzverbund ein gesamtes kommunales Gebiet abgedeckt werden. Eine teilweise Abdeckung durch einen Netzverbund sollte nur dann möglich sein, wenn der Rest durch andere Verbünde abgedeckt wird.	<b>DKG, GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Regelungen der Richtlinie streben eine leicht erreichbare Versorgungsstruktur an. Die Vorgabe der kommunalen Abdeckung würde bedingt durch die große Heterogenität der Gemeinden im Hinblick auf die Einwohnerzahlen und die flächenmäßige Ausdehnung zu einer höchst unterschiedlichen Versorgung führen. Hinzu kommt, dass sich die an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringer (Fachärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser sowie die weiteren Berufsgruppen) nicht gleichmäßig auf die einzelnen Regionen verteilen. Von einer starren



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Vorgabe wird abgesehen, um insbesondere in „Grenzregionen“ Flexibilität zu erhalten und eine leicht erreichbare Versorgungsstruktur zu ermöglichen.</p> <p><b>Alle:</b> Keine Änderung,  <b>KBV:</b> da Regionalzuschnitte situativ vor Ort vorgenommen werden müssen und hierfür in Anbetracht der Vielfalt der Versorgungsstrukturen entsprechende Freiheitsgrade notwendig sind.</p>
1	1		30	SpiFa	<p>Der SpiFa unterstützt die Liste außer der obligaten Netzstruktur. Die Maßnahmen beschreiben Selbstverständlichkeiten ärztlicher Behandlung...</p> <p>Auch wenn hier „Ziele“ aufgeführt sind, bleiben diese doch unklar und mehr als allgemein....</p> <p>Die Zugrundelegung einer groben Bedarfsanalyse fehlt jedoch hier vollständig, ganz zu schweigen von</p>		<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt mit Ausnahme der Netzstruktur, die für den Umsetzungserfolg nicht verzichtbar ist.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					einer differenzierten Bedarfsanalyse...		
1	1		31	SHV	...Der SHV merkt an, dass in dem vorliegenden Richtlinienentwurf keine Regelungen zur Finanzierung für die Umsetzung des Netzverbundes und der Leistungserbringer getroffen werden. Deshalb äußern wir hier die Befürchtung, dass bei einer späteren regionalen Umsetzung mit landesbezogenen Verträgen auch eine unterschiedlich gestaltete Finanzierung bestimmt wird.	... Damit in den Netzverbänden eine ausreichende Anzahl ergotherapeutischer Leistungserbringer für die Versorgung der Versicherten einbezogen wird, ist die Finanzierung des Mehraufwandes sicherzustellen. Außerdem kann eine unzureichende Finanzierung kann dazu führen, dass diese Versorgungsmöglichkeit nicht (flächendeckend) umgesetzt wird.	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen und sind nicht Gegenstand der Beratungen des G-BA. Keine Änderung.
1	1		42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	1 - 2		56	DDPP	Vorschlag: Streichen: „insbesondere“	Die Priorisierung schwer psychisch Kranker bei dieser Versorgungsform sollte betont werden. Nur so kann verhindert werden, dass diese PatientInnen erneut die strukturellen	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> da sich eng am gesetzlichen Wortlaut orientiert wird.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						VerliererInnen des Versorgungssystems werden.	<p><b>GKV-SV:</b> Die gewählte Formulierung orientiert sich an der Ermächtigungsgrundlage des G-BA in § 92 Absatz 6b Satz 3 SGB V, wonach Regelungen für insbesondere schwer psychisch Erkrankte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf getroffen werden sollen. Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

§ 1 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	2	KBV, DKG, PatV	07 13 19	DPV BPM SpiZ	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV:	Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können sowohl einen	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			20 25 52	BVDN DGPT IGPS	„...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, <u>psychosomatischen</u> und <u>psychotherapeutischen</u> Behandlungsbedarf.“	psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. <b>Alle bis auf IGPS:</b> Psychosomatisch erkrankten Menschen mit zusätzlichem psychiatrischem Behandlungsbedarf soll der Zugang zu Leistungen der Richtlinie nicht verwehrt werden.	Stellungnehmer wird [ <b>KBV:</b> grundsätzlich] gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
1	2	KBV, DKG, PatV	08	AWO	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV „komplexen psychiatrischen, psychotherapeutischen und <u>psychosomatischen</u> Behandlungsbedarf“.	Schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten haben ...sehr häufig auch einen psychosomatischen Behandlungsbedarf. Es ist daher notwendig, dass in die koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter auch die für die psychosomatische Versorgung zuständigen Leistungserbringerinnen und	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [ <b>KBV:</b> grundsätzlich] gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Leistungserbringer eingebunden werden.	
1	2		16	DGSP	Stimmen dem Umfang des Behandlungsbedarf als komplex zu		<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Keine Änderung
1	2	KBV; DKG, PatV	18	DGPM	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV <i>„komplexen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“</i>	Die gewählte Formulierung klarifiziert..., dass bei schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten... ein komplexer psychosomatischer, sozialpsychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, der im Rahmen dieser Richtlinie mit konzeptualisiert werden soll.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird <b>[KBV: grundsätzlich]</b> gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2	KBV; DKG, PatV	21 47	Caritas CBP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Die Einfügung stellt klar, dass es bei den Bezugsärzt_innen und -psychotherapeut_innen nicht um einen allgemeinen Behandlungsbedarf, sondern um einen komplexen	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird <b>[KBV: grundsätzlich]</b> gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>psychotherapeutisch- psychiatrischen Bedarf geht. ... Die Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sollte in der Richtlinie allerdings nicht als alleiniges Ziel formuliert sein. Eine Verkürzung bzw. Vermeidung von stationären Aufenthalten ist anzustreben, jedoch nur in Entsprechung des tatsächlich bestehenden Behandlungsbedarf, der durchaus auch stationär sein kann.</p>	<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten kann nur angestrebt werden, wenn die bestmögliche Behandlung im ambulanten Kontext begonnen wird. Die Ausführungen sind in diesem Sinne zu verstehen. Keine Änderung</p>
1	2	KBV, DKG, PatV	24	BVDP	<p>Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV: <i>„...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</i></p>	<p>Eine Trennung zwischen psychiatrischem und psychosomatischem Behandlungsbedarf ist nicht immer möglich. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen sind auch gleichzeitig psychosomatisch bzw. somatisch erkrankt. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme. Psychosomatisch erkrankten Menschen mit zusätzlichem psychiatrischem</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [<b>KBV:</b> grundsätzlich] gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Behandlungsbedarf soll der Zugang zu Leistungen der Richtlinie nicht verwehrt werden.	
1	2	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV Vorschlag zur Ergänzung. <i>„...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen, <b>psychosozialen</b> und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</i>	Die differentialdiagnostische Abklärung ist auch eine soziale Diagnostik und das Angebot der Leistungserbringer umfasst auch die Soziotherapie, die bei dieser Patientengruppe mit schweren psychosozialen Einschränkungen hilfreich ist.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Die Aufzählung der drei gewählten Behandlungsbedarfe umfasst selbstverständlich auch die psychosozialen Behandlungsbedarfe. Es erfolgt eine entsprechende Klarstellung in den Tragenden Gründen. <b>GKV-SV:</b> Die Behandlung richtet sich vorrangig auf psychiatrische oder psychotherapeutische Indikationen; bei der Behandlung dieser Erkrankungen werden natürlich auch immer psychosoziale Faktoren berücksichtigt. Eine Ergänzung an dieser Stelle würde jedoch dazu führen,

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							dass die Schwerpunktsetzung nicht mehr dem gesetzlichen Auftrag gerecht wird. Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2	KBV, DKG, PatV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV Der psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische sollte explizit genannt werden	Gewalterfahrungen haben oft psychosomatische Folgen, deren Behandlung von dieser Richtlinie abgedeckt werden sollte. Somit sollte sowohl der psychiatrische als auch psychotherapeutische und psychosomatische Behandlungsbedarf in dieser Richtlinie genannt werden. Dies sollte konsequent durch die Richtlinie beachtet werden, entsprechend des Vorschlags der KBV.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [ <b>KBV:</b> grundsätzlich] gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2		33	bvvp	Vorschlag zur Ergänzung: <i>„... insbesondere schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen psychiatrischen und / oder</i>	Diese Präzisierung ist notwendig, gerade um die Komplexität der	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird zum Teil („Erkrankte“) gefolgt. Da sowohl nur ein als auch



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>psychosomatischen <b>und/ oder</b> psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</i>	erforderlichen Maßnahmen zu definieren und abzubilden.	alle drei Behandlungsbedarf/e bestehen können, stellt „oder“ die korrekte Umsetzung des Regelungszieles dar. <b>GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [ <b>KBV:</b> grundsätzlich] gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2	KBV, DKG, PatV	36	PIBB	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„...Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen, <b>psychosozialen</b> und psychotherapeutischen Versorgungsbedarf.“</i>	SGB V Leistung § 43b: ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sollten hier einbezogen werden	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Die Aufzählung der drei gewählten Behandlungsbedarfe umfasst selbstverständlich auch die psychosozialen Behandlungsbedarfe. Es erfolgt eine entsprechende Klarstellung in den Tragenden Gründen. <b>GKV-SV:</b> Die Behandlung richtet sich vorrangig auf psychiatrische oder

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>psychotherapeutische Indikationen; bei der Behandlung dieser Erkrankungen werden natürlich auch immer psychosoziale Faktoren berücksichtigt. Eine Ergänzung an dieser Stelle würde jedoch dazu führen, dass die Schwerpunktsetzung nicht mehr dem gesetzlichen Auftrag gerecht wird.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
1	2		41	APK	<p>Auch Patienten und Patientinnen mit einfachen psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bei gleichzeitig erheblichen somatischem Behandlungsbedarf können einen komplexen Behandlungsbedarf haben. Der Koordinationsbedarf besteht in der Abstimmung zwischen der psychiatrisch/psychotherapeutischen und der somatischen Behandlung</p>		<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Gemäß § 2 Absatz 4 liegt ein komplexer Behandlungsbedarf vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen erforderlich ist. <b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Keine Änderung <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt
1	2	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV <i>„komplexen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“</i>		<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2	KBV, DKG, PatV	48	DPTV	<b>Klarstellung: Voraussetzung für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist der psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsbedarf.</b> Vorschlag: <i>„Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist eine Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen <del>und</del> oder psychotherapeutischen...“</i>	Der Gesetzgeber sieht in § 92 Abs.6b SGB V vor, dass ein psychiatrischer <u>oder</u> psychotherapeutischer Behandlungsbedarf gegeben sein kann, um an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilzunehmen, das sollte hier zumindest wiedergegeben werden.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	2	KBV, DKG, PatV	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV „komplexen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“		<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2	KBV, DKG, PatV	53	VPKD	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV „komplexen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“	Schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten bedürfen interdisziplinärer multimodaler Behandlung. Die Konkretisierung unterstützt das Ziel dieser Richtlinie schwer psychisch erkrankten PatientInnen eine solche Behandlung zu ermöglichen. Insbesondere psychosomatische Krankheitsbilder, die unter diese Richtlinie fallen, wie z.B. die Essstörung oder schwere somatoforme Störungen, sollten multimodal behandelt werden.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2	KBV, DKG, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV „komplexen psychiatrischen, psychosomatischen und	International ist state of the art eine STEPPED-CARE-Behandlung bzw. ein STEPPED-Care-Modell, das	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Der Ergänzungsvorschlag

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“</i>  Vorschlag zur Ergänzung des Absatzes:  <b>„Mit dieser Richtlinie nähert sich die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dem internationalen Standard an und baut eine gestaffelte Versorgungsstruktur (STEPPEd-CARE-Modell) auf. Hierbei spielen niederschwellige Angebote eine große Rolle, die ansonsten nur schwer durch die gegliederte Sozialgesetzgebung dargestellt werden kann.“</b></p>	<p>niederschwellige Angebote genauso ermöglicht wie kostenintensive therapeutische/ärztliche Versorgung. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen profitieren teilweise genauso gut von niederschweligen Angeboten wie von teurer und individualisierter medizinischer Versorgung. STEPPEd-CARE-Modelle verbessern den Zugang zu Leistungen für alle bedürftigen Personen und ohne individuelle Hilfen für besondere Bedarfe zu gefährden.</p>	<p>enthält eine Begründung und ggf. Herleitung für die aufgeführten Zielstellungen und findet sich daher inhaltlich in den Tragenden Gründen wieder.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen gefolgt. Deutschland verfügt im internationalen Vergleich bereits über ein sehr gutes, differenziertes und qualitativ hochwertiges Versorgungssystem psychischer Erkrankungen. Die vorliegende Richtlinie fokussiert dabei auf die Koordination der bestehenden Versorgungsmöglichkeiten, der G-BA kann dabei in seiner Regelungskompetenz jedoch nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2	KBV, DKG, PatV	57	BED	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV <i>„komplexen psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“</i>	Die umfassende Benennung der Behandlungsbedarfe sorgt für Eindeutigkeit und Klarheit	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV <i>„und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“</i>	Die Wirksamkeit eines Versorgungsangebots hängt wesentlich davon ab, ob das Angebot für die Patientenzielgruppe erreichbar und zugänglich ist. Insbesondere schwer psychisch kranke Menschen werden bislang unzureichend	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						durch bestehende Versorgungsangebote erreicht...	<b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 1	GKV-SV, DKG	07 13 19 20 25 52	DPV BPM SpiZ BVDN DGPT IGPS	Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, DKG „bundesweit“	<b>Alle bis auf IGPS:</b> Eine länderübergreifende Versorgung kann insbesondere in landesgrenznahen Bereichen sinnvoll sein. <b>IGPS:</b> Für eine bundesländerübergreifende Versorgung in landesgrenznahen Bereichen.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Begrifflichkeit in seiner konkreten Ausgestaltung nicht hinreichend bestimmt und somit überprüfbar ist. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im Beratungsverlauf wurde der Fokus der Formulierung angepasst, da insbesondere die Erreichbarkeit wichtig für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	08	AWO	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen.“ Vorschlag:	Niedrigschwellige Zugangsmöglichkeiten zur Angebotsstruktur würden eine wichtige Verbesserung im Vergleich mit großen Teilen der bestehenden	<b>DKG, GKV-SV, KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Gleichzeitig sollte auch eine <b>möglichst barrierefreie Versorgung</b> Ziel dieser Richtlinie sein.	Versorgungsformen darstellen. Hierfür sind Wohnortnähe und eine zeitnahe Versorgung wichtige Kriterien. Für psychisch schwer erkrankte Versicherte mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen ist die Barrierefreiheit der zu schaffenden Angebotsstruktur ein weiteres bedeutsames Kriterium.	unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. Da das Ziel einer möglichst barrierefreien Versorgung grundsätzlich besteht, erfolgt eine Ergänzung in den Tragenden Gründen. <b>GKV-SV:</b> Das Ziel der Förderung einer leicht erreichbaren und flexiblen Versorgungsstruktur umfasst auch eine möglichst barrierefreie Versorgung, eine zusätzliche Aufnahme ist daher nicht erforderlich.
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	11	BFLK	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV: „ <i>und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen</i> “. Die Zielsetzung einer leicht erreichbaren und wohnortsnahen Angebotsstruktur wird unterstützt.	Schwer psychisch erkrankte Menschen ist neben den anderen Einschränkungen zumeist auch nicht so mobil, um weit entfernte Angebote wahrzunehmen.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	18	DGPM	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV: „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen.“	Insbesondere Patienten mit schweren psychischen und psychosomatischen Störungen sind häufig in ihren sozialen Bezügen desintegriert. Ein niederschwelliges Versorgungsangebot sollte daher wohnortnah sein, um auch soziale Integrationsprozesse lokal besser initiieren und begleiten zu können.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, GKV-SV	21	Caritas	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV: „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“.	Gerade für den Personenkreis mit hochgradigen und komplexen psychischen Erkrankungen, die häufig durch das bestehende Versorgungssystem überhaupt nicht erreicht werden, ist ein niedrigschwelliges und wohnortnahes Angebot von zentraler Bedeutung.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	26	VDAB	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV: „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen.“	Personen mit (schweren) psychischen Erkrankungen sollte möglichst nahe ihres Wohnumfeldes Hilfe zu teil	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						werden, so dies der Therapie nicht hinderlich ist.	<b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV: „ <i>und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen.</i> “	Das Ziel sollte ein (oder mehrere) das kommunale Umfeld abdeckender Netzwerk sein, der eine Ergänzung durch die kommunale Gemeindepsychiatrie erfährt.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 1	GKV-SV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, DKG „bundesweit“	Ein bundesweit in jeder Kommune vorhandenes Versorgungsangebot würde dem Ziel der gleichwertigen Lebensverhältnisse entsprechen und u. a. eine Wohnortmobilität von Betroffenen und Angehörigen ermöglichen.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Begrifflichkeit nicht hinreichend in seiner konkreten Ausgestaltung bestimmt und somit überprüfbar ist.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im Beratungsverlauf wurde der Fokus der Formulierung angepasst, da insbesondere die Erreichbarkeit wichtig für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV: <i>„und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen.“</i>	Um die intendierte Zielgruppe zu erreichen muss die Angebotsstruktur niedrigschwellig sein.	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	35	ackpa	Kommentar zu Formulierung KBV, DKG, PatV: <i>„und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“:</i>	Verbesserungsbedürftig ist insbesondere der zeitnahe Zugang zu berufsgruppenübergreifender, koordinierter und	<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung,</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Zeitnaher Zugang und hohe Hürden zu einer solchen Versorgungsform sind entgegengesetzte Anforderungen. Dieses Ziel ist mit der Versorgungsform, die in dieser Richtlinie entwickelt wird, nicht zu erreichen. Die Richtlinie bedarf daher in Gänze der grundsätzlichen Überarbeitung.</p>	<p>strukturierter Versorgung für Menschen, die an schwerwiegenden psychischen Störungen leiden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für chronische Verläufe behaftet sind und daher häufig mit Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft einhergehen.  ...Menschen, deren umfassender Versorgungsbedarf bereits bekannt ist, (sind) im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen bereits jetzt gut zu versorgen. Zu verbessern wäre die Möglichkeit der Wahrung therapeutischer Kontinuität (vorbestehende psychiatrisch –psychotherapeutische Behandlung im KV-Bereich bei Verschlechterung), ergänzende Gruppenangebote durch eine PIA sowie die</p>	<p><b>KBV:</b> da tragfähige Alternativen nicht benannt werden und eine Bewertung, ob die Versorgung nach dieser Richtlinie ihre Ziele erreicht, erst nach Auswertung von Versorgungsergebnissen möglich ist.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Vergütung des Austausches zwischen den Akteuren mit Patient*innen und ihren Angehörigen in Form von Netzwerk- und/ oder Hilfeplangesprächen auch rechtskreisübergreifend im Kontext der erbrachten Hilfe (aufsuchend in der Häuslichkeit oder z.B. in der Praxis oder Ambulanz) durch entsprechend veränderte Vorgaben (Umgang mit sog. Doppelstrukturen) und eine Einführung von entsprechenden Vergütungsziffern. <b>Das, was der hier formulierten Zielstellung zuträglich wäre, wird mit dieser Richtlinie verfehlt....</b>	
1	2 Nr. 1		35	ackpa	Kommentar zu „ <i>besser als bestehende Versorgungsformen</i> “: Eine bessere Verknüpfung bestehender Versorgungsformen.	Unverständlich ist aus Sicht von ackpa warum zur Erreichung dieses Ziels der Weg einer neuen Versorgungsform mithilfe eines Konstruktes von Netzverbänden beschränkt werden soll. Unserer Auffassung nach wäre eine	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat mit dem Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit das Ziel einer berufsgruppenübergreifenden

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Stärkung der koordinativen Aufgaben der Psychiatrischen Institutsambulanzen, die nach § 118 SGB V ermächtigt sind, für diese Personengruppe zielführender. Die Aufgabe, diese Koordination in Richtung der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten zu erweitern, könnte für alle Beteiligten mit der Verwendung entsprechender Gebührensatzungen in den jeweiligen Abrechnungssystemen realisiert werden. Dadurch könnte die Hilfeplanung und -umsetzung in größeren Systemen für diese Patient*innengruppe mit einer auskömmlichen Finanzierung ohne überbordenden bürokratischen Aufwand unterstützt werden...</p>	<p>den Versorgung adressiert; gleichzeitig wird in den Begründungen zum PsychRefG und des 14. Ausschusses explizit darauf hingewiesen, dass sich der Regelungsauftrag nicht nur auf einen Versorgungsbereich bezieht.</p> <p>Keine Änderung</p>
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	37	BDK	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV  <i>„und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe</i></p>	<p>Sehr wichtiger Aspekt: es braucht vor Ort Leistungserbringer im direkten</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“</i>	Lebensumfeld der Patient*innen	<b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	41	APK	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV <i>„und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“.</i> Vorschlag zur Ergänzung: <i>„und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe <b>und flexible</b> Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen.“</i>	Die Flexibilität der Leistungsangebote (zeitlich, örtlich, Intensität usw.) sollte ein wesentliches Merkmal der berufsgruppenübergreifenden strukturierten und koordinierten Versorgung (BSKV).	<b>Alle:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. Es erfolgt eine Änderung in § 1 Absatz 2 Nr. 1 mit der Ergänzung einer „flexiblen“ Angebotsstruktur.
1	2 Nr. 1	GKV-SV, DKG	41	APK	Ablehnung von Formulierung GKV-SV, DKG <i>„bundesweit“</i>	Die Versorgung wird nicht bundesweit verbessert. Berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung wird bereits von psychiatrischen Institutsambulanzen geleistet. Insbesondere die bedarfsbezogenen vergüteten PIAs (Bayerisches Modell) versorgen ambulant schwer	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im Beratungsverlauf wurde der Fokus der Formulierung angepasst, da insbesondere die

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf weitgehend nach den Kriterien des vorgelegten Beschlussentwurf mit Ausnahme des Netzverbundes und der systematischen Koordination mit außerhalb der PIA erbrachten Behandlungsleistungen. Problematisch ist hier, dass es Ausschlüsse von Leistungen parallel zur Behandlung durch die PIA gibt, z.B. PIA gemäß § 118 Abs. 2 SGB V plus ambulante Richtlinienpsychotherapie.	Erreichbarkeit wichtig für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist.
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV <i>„und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“</i>		<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 1	GKV-SV, DKG	47	CBP	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: <i>„bundesweit und flächendeckend“</i>	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 Angebot bundesweit und flächendeckend zur Verfügung zu stellen, muss klar in der Richtlinie verankert werden.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Begrifflichkeit „bundesweit“ nicht hinreichend in seiner konkreten Ausgestaltung bestimmt und somit überprüfbar ist. <b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im Beratungsverlauf wurde der Fokus der Formulierung angepasst, da insbesondere die Erreichbarkeit wichtig für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“.	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, die von Angeboten oft schwer erreicht wird. Zudem soll die Verzahnung der Maßnahmen und die Anschlussfähigkeit zu den übrigen Versorgungssystemen verbessert werden.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 1	KBV, DKG, PatV	48	DPtV	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur zur Verfügung zu stellen“.	Das in dieser Richtlinie angesprochene multiprofessionelle Versorgungsangebot sowie die aufsuchenden Hilfen können nur umgesetzt werden, wenn Wegezeiten gering gehalten werden und der Zugang für Patient*innen niedrigschwellig gestaltet ist. Die beteiligten vertragsärztlichen und psychotherapeutischen	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Da der Begriff „wohnortnah“ zu unbestimmt ist, wird auf eine Aufnahme verzichtet. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	2 Nr.2	KBV, DKG	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, DKG: „insbesondere für schwer psychisch kranke Patient*innen“		<b>DKG, KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [ <b>KBV:</b> grundsätzlich] gefolgt.
1	2 Nr. 2	KBV, DKG	21 47	Caritas CBP	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Der Personenkreis, der von dieser Richtlinie umfasst wird, sind die schwer psychisch kranken Menschen. <b>CBP:</b> Die Verkürzung oder Vermeidung von akutklinischen Aufhalten sollte ein wesentliches Ziel dieser ambulanten Komplexversorgung sein.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	2 Nr. 2		56	DDPP	Vorschlag zur Ergänzung: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie stellt im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten [GKV-SV/PatV: für die Gruppe der] insbesondere [KBV/DKG: für] schwer psychisch [GKV-SV/PatV: kranken] [KBV/DKG: kranke] Patientinnen und Patienten zur Verfügung; von besonderer Bedeutung ist dabei die Verfügbarkeit psychotherapeutischer Behandlung	Die Unterversorgung schlägt sich in ungünstigen Krankheitsverläufen und verkürzter Lebenserwartung nieder. Die üblichen ambulanten Versorgungsstrukturen können aufgrund der Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung bzw. krankheitsimmanent oft nicht genutzt werden. Bestimmte PatientInnen erhalten die notwendigen Komplexleistungen so nur im	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> da kein Vorschlag im Sinne einer Zielformulierung vorliegt. <b>GKV-SV:</b> Die Beplanung der einzelnen Facharztgruppen und der Psychotherapeuten wird in der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt und ist nicht

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>sowie somatischer Versorgungsleistungen.“</i>	stationären Status. Das gilt es zu verändern.	Gegenstand dieser Richtlinie. Keine Änderung <b>KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
1	2 Nr. 3	GKV-SV, KBV, DKG	02	BPtK	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG	Eine intensive multimodale ambulante Behandlung erlaubt es Patient*innen, in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu verbleiben. ...Dies kann sich positiv auf den Genesungsprozess auswirken. Die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten sollte deswegen auch Ziel der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf sein. Dies stellt keinen Widerspruch zu einer zeitnahen stationären Behandlung im Bedarfsfall dar.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Änderung auf Grund der Stellungnahmen der BFLK und der BAPP.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	2 Nr. 3	GKV-SV, KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	<p><b>Alle:</b> Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG</p> <p><b>BVDP:</b> Vorschlag zur Ergänzung:  <i>„Für Patienten, bei denen die Kriterien „Schwere der Erkrankung“ und /oder „Komplexität der Behandlung“ nicht zutreffen kann zusätzlich das Kriterium „Vermeidung/ Verkürzung (teil-) stationärer Behandlung“ hinzugezogen werden.“</i></p>	<p>...Grundsatz „ambulant vor stationär“ ... seit der Psychiatrie-Reform der 70er Jahre...</p> <p>Für die Anwendung einer Behandlung nach der Richtlinie sollten die Möglichkeit der Verhinderung und Vermeidung stationärer Aufenthalte eine Einschlussmöglichkeit darstellen.</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Den Bedenken im Sinne des Ergänzungsvorschlages wurde in einer Anpassung der Formulierung versucht, ausreichend Rechnung zu Tragen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>In § 1 Absatz 2 Nummer 3 wird das Unterziel der Vermeidung oder Verkürzung stationärer Aufenthalte formuliert, die Definition der Patientengruppe erfolgt in § 2, so dass die Ergänzung an dieser Stelle nicht erfolgt.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird nicht gefolgt, da sie vom Auftrag des Gesetzgebers nicht gedeckt ist.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	2 Nr. 3		11	BFLK	Vorschlag: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie <b>unterstützt</b> für die Gruppe .... eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufhalten.“	Eine Verkürzung oder Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes darf nicht verhindern, dass eine erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung rechtzeitig erkannt, eingeleitet und geleistet wird.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [ <b>KBV:</b> grundsätzlich] gefolgt, <b>KBV:</b> eine wörtliche Übernahme jedoch nicht vorgesehen. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 3	GKV-SV, KBV, DKG	21	Caritas	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG Vorschlag: „Die Versorgung nach dieser Richtlinie <b>erreicht unterstützt</b> für die Gruppe .... eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufhalten.“	Eine Verkürzung oder Vermeidung eines Krankenhausaufenthaltes darf nicht verhindern, dass eine erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung rechtzeitig erkannt, eingeleitet und geleistet wird.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [ <b>KBV:</b> grundsätzlich] gefolgt, eine wörtliche Übernahme jedoch nicht vorgesehen. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 3	GKV-SV KBV; DKG,	21	Caritas	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG Vorschlag: „3. Die Versorgung nach dieser Richtlinie <b>erreicht</b> für die Gruppe der schwer psychisch kranken	....Die Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufhalten sollte in der Richtlinie ... nicht als alleiniges Ziel formuliert sein. Eine Verkürzung bzw. Vermeidung	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Den Bedenken im Sinne des Ergänzungsvorschlages

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen auch eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten].“</i>	von stationären Aufenthalten ist anzustreben, jedoch nur in Entsprechung des tatsächlich bestehenden Behandlungsbedarf, der durchaus auch stationär sein kann	wurde in einer generellen Anpassung der Formulierung versucht, ausreichend Rechnung zu Tragen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 3	GKV-SV KBV, DKG	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG	Verkürzung und Vermeidung als ein wichtiges Ziel von stationären Aufenthalten, so dass eine Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes in den ambulanten Bereich ermöglicht wird.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Änderung auf Grund der Stellungnahmen der BFLK und der BAPP.
1	2 Nr. 3	GKV-SV KBV, DKG	27	BApK	Ablehnung von Position GKV-SV KBV, DKG: streichen	Der Nebeneffekt dieser innovativen Versorgungsform sollte die die Vermeidung und die Verkürzung von stationären Aufenthalten gem. ambulant-vor-stationär sein. Als Steuerungsgröße besteht allerdings die Gefahr, dass Risiken und Aufgaben ins	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Den Bedenken im Sinne wurde in einer Anpassung der Formulierung versucht,



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Umfeld der Angehörigen transferiert werden.	<p>ausreichend Rechnung zu Tragen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Äußerung ist nicht nachvollziehbar, da offenbar auch von Seiten des Stellungnehmers davon ausgegangen wird, dass die Versorgung nach dieser Richtlinie zu einer Vermeidung und Verkürzung stationärer Aufenthalte führen wird.</p> <p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Keine Änderung,</p> <p><b>KBV:</b> da die Vermeidung nicht erforderlicher Krankenhausaufenthalte nicht alleiniges, aber ein wesentliches Ziel der De-Institutionalisierung der Versorgung psychisch Erkrankter darstellt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
1	2 Nr. 3	GKV-SV KBV, DKG	29	Diakonie - BeB	Ablehnung von Position GKV-SV KBV, DKG	Die Ausrichtung auf die Vermeidung oder Verkürzung eines stationären Aufenthaltes ist nicht für jede Patientin /	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Den Bedenken im Sinne wurde in einer

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>jeden Patienten zielführend. Im Einzelfall kann gerade eine frühzeitige Einweisung in die Klinik für einen positiven Behandlungsverlauf zentral sein.</p>	<p>Anpassung der Formulierung versucht, ausreichend Rechnung zu Tragen. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> In § 1 Absatz 2 werden die mit dieser Richtlinie verbundenen Ziele definiert. Davon unabhängig richtet sich die jeweils für die Patientin oder den Patienten zu wählende Intervention nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. <b>GKV-SV, KBV:</b> Keine Änderung, <b>KBV:</b> da die Vermeidung nicht erforderlicher Krankenhausaufenthalte nicht alleiniges, aber ein wesentliches Ziel der De-Institutionalisierung der Versorgung psychisch Erkrankter darstellt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	2 Nr. 3	GKV-SV KBV, DKG	32	DVGP	Ablehnung von Position GKV-SV KBV, DKG: Streichung	Ziel der Richtlinie sollte ausschließlich eine verbesserte Versorgung der Zielgruppe sein. Ein Druck zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung kann kontraproduktiv wirken.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Den Bedenken im Sinne wurde in einer Anpassung der Formulierung versucht, ausreichend Rechnung zu Tragen. <b>GKV-SV:</b> Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch Erkrankten, dies kann sich auch in einer Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten ausdrücken. Der Hinweis, die Aufnahme des Unterziels könnte der Verbesserung der Versorgung zuwiderlaufen, ist nicht nachvollziehbar; die für die Patientin oder den Patienten notwendige Intervention richtet sich

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung.</p> <p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Keine Änderung,</p> <p><b>KBV:</b> da die Vermeidung nicht erforderlicher Krankenhausaufenthalte nicht alleiniges, aber ein wesentliches Ziel der De-Institutionalisierung der Versorgung psychisch Erkrankter darstellt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
1	2 Nr. 3	GKV-SV KBV, DKG	34	Dt. PaWo	Ablehnung von Position GKV-SV KBV, DKG: Streichung	Kontraproduktive Regelung	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Den Bedenken im Sinne wurde in einer Anpassung der Formulierung versucht, ausreichend Rechnung zu Tragen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch Erkrankten, dies kann sich auch in einer Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten ausdrücken. Der Hinweis, die Aufnahme des Unterziels könnte der Verbesserung der Versorgung zuwiderlaufen, ist nicht nachvollziehbar; die für die Patientin oder den Patienten notwendige Intervention richtet sich nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung.</p> <p><b>GKV-SV, KBV:</b> Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> da die Vermeidung nicht erforderlicher Krankenhausaufenthalte nicht alleiniges, aber ein wesentliches Ziel der De-Institutionalisierung der Versorgung psychisch Erkrankter darstellt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 3	GKV-SV KBV, DKG	38	BAPP	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten <b>sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung.</b>“</i>	Die Behandlung von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung sollte wann immer möglich und erwünscht in der Häuslichkeit stattfinden.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
1	2 Nr. 3	GKV-SV KBV, DKG	40	DHS	...als Ziel (unter § 1 Abs. 2, Punkt 3) (darf) nicht die generelle Vermeidung und/oder Verkürzung des stationären Aufenthaltes gesondert benannt werden. Dies ist auch hier vom diagnostizierten und erforderlichen Behandlungsbedarf abhängig. Zusätzlich wäre es sinnvoll, als Ziel (unter § 1 Abs. 2, Punkt 3) einen <b>erleichterten Übergang zwischen ambulanter und stationärer Behandlung</b> zu formulieren, wie auch unter § 3.	Wir weisen darauf hin, dass gerade für abhängigkeitskranke Patientinnen und Patienten ein stationärer Aufenthalt hilfreich sein kann, um aus dem belastenden und teilweise rückfallrisikoerhöhenden Umfeld/der belastenden Situation herauszukommen und Bewältigungsstrategien und eine Rückfallprophylaxe in	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt <b>DKG:</b> Es wurde versucht, den Bedenken in einer Anpassung der Formulierung ausreichend Rechnung zu Tragen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>einem stationären Setting zu erarbeiten. ..</p>	<p>Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Verbesserung der Versorgung von insbesondere schwer psychisch Erkrankten, dies kann sich auch in einer Vermeidung oder Verkürzung von stationären Aufenthalten ausdrücken; die für die Patientin oder den Patienten notwendige Intervention richtet sich nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung.</p> <p>Dem Hinweis zur Aufnahme eines weiteren Unterziels wird nicht gefolgt, da die Erleichterung des Übergangs zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich bereits als Maßnahme zur Erreichung der definierten Ziele festgelegt wurde.</p> <p>Änderung auf Grund der Stellungnahmen der BFLK und der BAPP .</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	2 Nr. 3	GKV-SV, KBV, DKG	41	APK	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von <b>nicht erforderlichen</b> stationären Aufenthalten,“</i>	Nicht jede Verkürzung und Vermeidung von stationären Aufenthalten ist ein Gewinn. Auch während BSKV könne stationäre oder teilstationäre oder stationsäquivalente Behandlungen erforderlich sein.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Den Bedenken im Sinne des Ergänzungsvorschlages wurde in einer generellen Anpassung der Formulierung versucht, ausreichend Rechnung zu Tragen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die für die Patientin oder den Patienten notwendige Intervention richtet sich nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung, so dass davon ausgegangen wird, dass stationäre Aufenthalte nur dann erfolgen, wenn sie erforderlich sind.  Änderung auf Grund der Stellungnahmen der BFLK und der BAPP.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
1	2 Nr. 3	GKV-SV, KBV, DKG,	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG		<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Änderung auf Grund der Stellungnahmen der BFLK und der BAPP .
1	2 Nr. 3	GKV-SV, KBV, DKG	47	CBT	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Die Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären <b>akutklinischen</b> Aufenthalten.“</i>	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.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Den Bedenken im Sinne des Ergänzungsvorschlages wurde in einer generellen Anpassung der Formulierung versucht, ausreichend Rechnung zu Tragen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Von der in der Richtlinie gewählten Formulierung sind auch akutklinische

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Aufenthalte umfasst, so dass auf eine Konkretisierung der stationären Aufenthalte verzichtet wird.</p> <p>Änderung auf Grund der Stellungnahmen der BFLK und der BAPP.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
1	2 Nr. 3	GKV-SV, KBV, DKG	57	BED	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG</p> <p>Vorschlag:  <i>Die Versorgung nach dieser Richtlinie <del>erreicht kann</del> für die Gruppe der schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten im Vergleich zu den bestehenden Versorgungsformen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten implizieren.“</i></p>	<p>Eine positive Folge der Richtlinie und der Versorgungsform kann eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sein. Der Zusammenhang ist aber eben nicht grundsätzlich kausal zwingend. Der Passus darf nicht dazu führen, dass erforderliche Krankenhausbehandlungen nicht rechtzeitig erkannt und nicht oder erst verspätet eingeleitet werden.</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Den Bedenken im Sinne des Änderungsvorschlages wurde in einer generellen Anpassung der Formulierung versucht, ausreichend Rechnung zu Tragen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Änderung auf Grund der Stellungnahmen der BFLK und der BAPP.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
1	2 Nr. 4 (neu)	KBV, DKG, PatV	28	UBSKM	<p>Vorschlag zur Ergänzung:  <b>Nr. 4 (neu) Die Versorgung nach dieser Richtlinie soll bei schwer psychisch kranken Patientinnen und Patienten mit langfristigem Behandlungsbedarf die fortlaufende Koordinierung der Versorgungsangebote gewährleisten. Sie soll hierbei eine ununterbrochene bedarfsgerechte Behandlung sicherstellen und eine koordinierte Überleitung in die Versorgungsformen außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.“</b></p> <p>UBSKM bittet ... darum, den Aspekt der langfristigen und kontinuierlichen Versorgung in der Richtlinie zu ergänzen</p>	<p>Die vorliegende Richtlinie sollte als Möglichkeit genutzt werden, die Versorgung von schwer psychisch kranken Patient*innen unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung langfristigen und kontinuierlichen Behandlungsbedarfs zu verbessern....Zwar ist grundsätzlich eine therapeutische Versorgung über die Höchstgrenzen hinaus auch ohne Pause von zwei Jahren nach Therapieende möglich, jedoch wissen wir ... dass diesbezügliche Anträge häufig abgelehnt werden....Unfreiwillige Therapieabbrüche oder -unterbrechungen führen ...zu einer Verschlechterung der Symptome, selbstverletzendem Verhalten,</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Grundintention der vorgeschlagenen Ergänzung im Richtlinienentwurf schon berücksichtigt ist.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>suizidalen Tendenzen, Substanzmissbrauch und Rückfall zu Suchtverhalten, sowie oftmals auch zu stationären Aufenthalten, die bei einer kontinuierlichen ambulanten therapeutischen Behandlung nicht notwendig gewesen wären...Denkbar ist, dass im Rahmen eines Netzverbundes eine Versorgung gestaltet wird, die die unterschiedlichen Versorgungsangebote vernetzt und langfristige und kontinuierliche Behandlung ermöglicht.</p>	

## § 1 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	3		12	dgsp	<p>Vorschlag:</p> <p>„Das Ziel dieser Richtlinie soll <del>unter Einbeziehung des Patientenwillens</del> durch folgende Maßnahmen erreicht werden:</p> <p><b>1. Förderung der Fähigkeit des Patienten zur selbstbestimmten Teilnahme an der Behandlung“</b></p>	<p>Die Formulierung „unter Einbeziehung des Patientenwillens“ erscheint zu wenig die Patientenperspektive zu berücksichtigen.</p>	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Formulierung keine Maßnahme zu den in Absatz 2 definierten Zielen darstellt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. In die Tragenden Gründe zu Absatz 3 wird ein Hinweis zur selbstbestimmten Teilnahme der Patientinnen und Patienten aufgenommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
1	3		28	UBSKM	<p>UBSKM empfiehlt, den Passus „unter Einbezug des Patientenwillens“ zu konkretisieren. Es sollte deutlich werden, dass alle hier genannten Maßnahmen nur mit dem</p>	<p>Für Betroffene von sexualisierter Gewalt ist ein aus der Spezifik der Gewalt resultierender traumatisierender Aspekt ein</p>	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, es erfolgt eine Konkretisierung in den Tragenden Gründen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>informierten Einverständnis der*des Patient*in erfolgen können.</p>	<p>Gefühl von Ohnmacht und Kontrollverlust, das in der Behandlung nicht wieder erfolgen sollte, um eine Reaktualisierung traumatischer Erfahrungen und im schlimmsten Fall eine Retraumatisierung, Vermeidung der Behandlung und somit eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu verhindern.</p> <p>Wichtig ist, dass der*die Patient*in über die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wird und ein aktives Mitgestaltungs- und Entscheidungsrecht hat. Dies betrifft die Wahlmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Versorgungsformen, die Wahl der Behandler*innen, Zusammensetzung des Behandlungsteams, Teilnahme an Fallbesprechungen, Beurteilung des Behandlungsfortschritts aber</p>	<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Versorgung im ambulanten Kontext ist insbesondere auf eine freiwillige Behandlung der Patientin oder des Patienten ausgerichtet; die Patientin oder der Patient wird explizit nicht aus seinem Wohnumfeld in eine stationäre Behandlung übernommen, so dass auch in der Eigeninitiative zur Fortsetzung der Behandlung das Einverständnis deutlich wird.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						auch die Weitergabe von Informationen und Verwendung der elektronischen Patientenakte...Mit der Weitergabe von Informationen sollte bei Betroffenen von sexueller Gewalt in Kindheit und Jugend besonders sensibel umgegangen werden...	
1	3 Nr. 1		27	BApK	Anmerkung: Zu der Verbesserung des Zugangs gehört es ganz wesentlich, dass es in jeder Kommune bundesweit ein solches Angebot idealerweise unter ein und demselben Namen gibt.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Vgl. Würdigung zu § 1 Absatz 1 Keine Änderung
1	3 Nr. 1		56	DDPP	Vorschlag zur Ergänzung: <i>„1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung, insbesondere durch verbesserte Beziehungsqualität mit den an der Versorgung beteiligten Personen sowie durch die regelhafte Möglichkeit aufsuchender Behandlung.“</i>	Im Maßnahmenkatalog fehlt die Betonung von Kontinuität und Flexibilität sowie von durchgängiger psychotherapeutischer Beziehungskompetenz. Notwendig ist eine Person, die langfristig mit einem flexiblen Zeitbudget zur Verfügung steht und die über	<b>DKG, KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, [ <b>KBV:</b> aber nicht im Wortlaut] gefolgt. <b>DKG:</b> Die regelhafte Möglichkeit aufsuchender Behandlung wird in § 1 Absatz 2 Nr. 3 ergänzt. Aus dem Vorschlag zur

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>spezifische Diagnostik und formale Koordination hinaus in der Lage ist, eine tragende Beziehung aufzubauen, Verantwortung zu teilen und Selbstwirksamkeit zu fördern. Spezifische Diagnostik, formale Koordination und die Organisation von Terminen muss von psychotherapeutischer Arbeit und Arbeit an der Beziehung unterschieden werden. Explizit ist hier auch die besondere Beziehungsqualität von Genesungs-/Peerbegleitung zu nutzen.</p>	<p>Beziehungsqualität wird nicht ganz klar, welche Beziehungsqualität zwischen wem im Kontext der Verbesserung des Zugangs gemeint ist.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung wurde als Unterziel in § 1 Absatz 2 Nr. 3 ergänzt.</p> <p>Keine Änderung</p>
1	3 Nr. 2		07 13 19 20 24 25 52	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT IGPS	<p>Ergänzung des Satzes 2:                      „...Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs, ...“                      durch                      „...<b>diagnostische und differentialdiagnostische Aspekte müssen eingehend und im Behandlungsverlauf evaluiert</b>“</p>	<p><b>Alle:</b> Ziel ist die zeitnahe Versorgung der Patienten. Dafür müssen diagnostische Aspekte in eine Behandlungsplanung und -durchführung münden und können nicht getrennt betrachtet werden.</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, [<b>KBV:</b> aber nicht im Wortlaut] gefolgt. Es erfolgt eine Ergänzung in den Tragenden Gründen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<b>werden und zwingend mit einer Behandlungsplanung verknüpft sein“</b>	<b>IGPS:</b> Hierzu gehören auch somatische Erkrankungen.	Festlegungen zur Verlaufsuntersuchungen während der Versorgung werden in § 13 geregelt. Keine Änderung <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
1	3 Nr. 2		30	SpiFa	Die zeitnahe Diagnostik ist auch ohne die Richtlinie gegeben. Die Terminservicestellen vermitteln zeitnahe Facharzttermine. Dort erfolgt immer eine zeitnahe Diagnostik unter Vorhalten der 4 dafür erforderlichen Handlungskompetenzen (somatisch, die psychotherapeutisch, die sozialmedizinisch und pharmakotherapeutisch). Patienten werden sich auch zukünftig, auch krankheitsbedingt, einer fachärztlichen Diagnostik entziehen können.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	3 Nr. 3		21 47	Caritas CBT	Vorschlag: <b>„Leitliniengerechte Behandlung nach der S3 Leitlinie „Psychosoziale</b>	Eine leitliniengerechte Behandlung ist zu unspezifisch. Die betreffende Leitlinie, die dieser	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><b>Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN“</b></p>	<p>strukturierten Versorgung zu Grunde liegt und zu Grunde liegen sollte ist die [Caritas: der Psychosozialen Therapien] [CBT: 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><b>DKG:</b> da auch weitere z. b. indikations- oder diagnosespezifische Leitlinien zu berücksichtigen sind.  <b>GKV-SV:</b> Von einer konkreten Benennung einzelner Leitlinien wird an dieser Stelle abgesehen, da das Spektrum der psychischen Erkrankungen, die nach dieser Richtlinie versorgt werden können, sehr groß ist und nicht nur die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ Relevanz für die Versorgung nach dieser Richtlinie entfaltet.  Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird im Richtlinien text nicht gefolgt und kann in die tragenden Gründe übernommen werden.  <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	3 Nr. 3		56	DDPP	Vorschlag zur Ergänzung: „3. Qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung, <b>die bessere Verfügbarkeit von Psychotherapie ist für die Leitlinienkonformität dabei eine zentrale Herausforderung.</b> “		<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Da es sich um einen Richtlinienentwurf handelt, liegt der Fokus auf Regelungen, die umzusetzen sind. Die Schwierigkeiten und Herausforderungen einer Behandlung sind den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern in der Regel hinlänglich bekannt. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	01	BÄK	Ablehnung Position KBV, PatV: „ <i>oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten.</i> “  Streichung	Der Vorschlag, auch Psychotherapeuten oder -therapeutinnen als Bezugsbehandler zuzulassen, wird abgelehnt. ... Nur Fachärztinnen und Fachärzte	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. In § 4 Absatz wird 3 wird den Bedenken insofern Rechnung getragen, dass bei

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>mit einer entsprechenden ärztlichen Weiterbildung sind aufgrund ihrer ärztlichen Kompetenz in der Lage, nicht nur die Art und Schwere der aktuellen Erkrankung umfassend einzuschätzen, sondern auch somatische und psychische Vor- und Begleiterkrankungen hinsichtlich ihrer Relevanz einzuordnen und entsprechende Diagnostik und Therapien, einschließlich medikamentöser Therapien, einzuleiten...</p>	<p>der Behandlung einer/eines Patienten/-in immer eine/e (nichtärztliche) Psychotherapeut/-in und ein/e Facharzt/-ärztin eng und kontinuierlich zusammenarbeiten müssen. Psychotherapeuten/-innen verfügen über erforderliche fachliche Kompetenzen und verfügen mittlerweile auch über Verordnungsbefugnisse, um die Koordination der Versorgung von Patienten/-innen mit schweren psychischen Erkrankungen wahrzunehmen.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> ie Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da alleine schon aus Gründen der Sicherstellung des Versorgungsangebots auf psychologische PsychotherapeutInnen zurückgegriffen werden</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							muss und diese ausschließlich in enger Abstimmung mit ärztlichen KollegInnen tätig werden.
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, PatV; „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder <i>einen</i> <i>Bezugspsychotherapeuten.</i> “	...Es ist ... fachlich nicht nachvollziehbar, ärztliche und Psychologische Psychotherapeut*innen, die bereits jetzt die Aufgabe einer zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen übernehmen, nicht in die Behandlungsleitung mit einzubeziehen. Sie verfügen über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen und haben die Verordnungsbefugnisse erhalten, um die Koordination der Versorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen umfassend wahrzunehmen...	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen,

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	<p>Zustimmung zur Formulierung KBV, PatV:  <i>„oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten.“</i></p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:  <i>„Patientenzentrierte Koordinierungsaufgaben im Rahmen des individuellen Gesamtbehandlungsplans können an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, mit denen der Bezugsarzt/-therapeut in engem fachlichem Austausch steht.“</i></p> <p>Sowie:  <i>„Darüber hinaus bedarf es im Rahmen des Netzverbundes in einer Region der Koordination von</i></p>	<p>Beide Ebenen der Versorgung müssen bedacht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach der Diagnostik muss, wenn indiziert, Patientenzentriert die Behandlung geplant und durchgeführt werden. Dies verantwortet der Bezugsarzt oder -therapeut, die Koordination der Maßnahmen ist keine genuin ärztliche Aufgabe und kann durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter in enger Abstimmung mit dem Arzt/Therapeuten erfolgen.</li> </ul>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [KBV: grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut ]gefolgt.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zu einer Ergänzung wird nicht gefolgt. Regelungen zu Aufgaben und Organisation des Netzverbundes sowie zur Koordination erfolgen in § 7 und § 11.  <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<b><i>Versorgungsangeboten und qualitätssichernden Maßnahmen. Hierfür muss ein Netzwerkkoordinator eingesetzt werden.“</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das regionale Versorgungsnetz entsteht und entwickelt sich durch die Vernetzung der unterschiedlichen Versorger. Diese Vernetzungs- und Koordinationsaufgabe muss festgelegt und durchgeführt werden.</li> </ul>	entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung des § 1 Absatz 3 Nummer 4 wird nicht gefolgt. Die Koordination der Patientinnen und Patienten

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							wird unter Nummer 5 als weitere Maßnahme aufgeführt; die Konkretisierung der Koordinationsfunktion wird an anderer Stelle in der Richtlinie vorgenommen. Keine Änderung.
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	08	AWO	Zustimmung zu KBV, PatV: „ <i>oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten.</i> “	Wenn die Behandlungsleitung auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten übertragen werden könnte, gäbe es vor Ort eine höhere Chance des Zustandekommens der angestrebten Versorgungsnetzwerke, weil potenziell eine größere Zahl von einschlägig fachlich Qualifizierten für die Leitung der Netzwerke zur Verfügung stünde.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p>Keine Änderung.</p>
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	12	dgsp	Zustimmung zu Position KBV, PatV: „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder einen <i>Bezugspsychotherapeut</i> “	Beide Berufsgruppen sollten diese Funktion übernehmen können. Dabei soll die Kontinuität und Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung berücksichtigt werden.	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p>Keine Änderung</p>
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, PatV: „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder <i>Bezugspsychotherapeuten</i> .“	Bezugspsychotherapeut*innen einbeziehen, um die Kompetenzen der (psychologischen) Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu nutzen	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV, PatV: „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder <i>einen</i> <i>Bezugspsychotherapeuten.</i> “		<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung
1	3 Nr. 4		21	Caritas	Zustimmung zu Position KBV, PatV: <i>„oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeut“</i>	Nicht alle Psychotherapeuten, die als Koordinationstherapeuten in Frage kommen, sind Ärzt_innen	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position KBV, PatV: „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder einen <i>Bezugspsychotherapeut</i> “ Die Hinweise zur Ergänzung der Berufsgruppe sind an sämtlichen von der PatV eingebrachten Stellen in der Richtlinie zu berücksichtigen.	Die persönliche Kontinuität kann über das Behandlungssetting hinweg insbesondere durch <i>Bezugspsychotherapeuten</i> gewährleistet werden. Es ist somit unerlässlich, dass diese hier Erwähnung finden.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der <i>Bezugsärztin</i> oder dem <i>Bezugsarzt</i> kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der <i>Bezugsärztin</i> oder des <i>Bezugsarztes</i> kann nur durch eine <i>Fachärztin</i> oder einen <i>Facharzt</i> übernommen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	26	VDAB	Zustimmung zu Position KBV, PatV „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder <i>einen</i> <i>Bezugspsychotherapeuten.</i> “		<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, PatV: „ <i>oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten.</i> “	Derjenige, der die langandauernde psychiatrische/psychotherapeutische Behandlungsbeziehung eingeht, sollte der Bezugsarzt sein und die Behandlung moderieren.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p>Keine Änderung</p>
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	29	Diakonie - BeB	Zustimmung zu Position KBV, PatV: „ <i>oder eine Bezugpsychotherapeutin oder einen Bezugpsychotherapeuten.</i> “		<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p>Keine Änderung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	3 Nr. 4		30	SpiFa	Die koordinierende Funktion erfordert 4 Handlungskompetenzen: die medizinisch-somatische, die psychotherapeutische, die sozialmedizinischen und pharmakotherapeutische.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	32	DVPG	Zustimmung zu Position KBV, PatV: „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder <i>einen</i> <i>Bezugspsychotherapeuten</i> “  Wir sprechen uns hier, gleichzeitig auch für alle folgenden Stellen, dafür aus, <i>Bezugspsychotherapeuten</i> neben <i>Bezugsärzten</i> vorzusehen.		<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der <i>Bezugsärztin</i> oder dem <i>Bezugsarzt</i> kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der <i>Bezugsärztin</i> oder des <i>Bezugsarztes</i> kann nur durch eine <i>Fachärztin</i> oder einen <i>Facharzt</i> übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position KBV, PatV: „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder einen <i>Bezugspsychotherapeuten</i> “	Die Behandlungsleitung muss zwingend durch eine(n) Bezugsarzt/Bezugsärztin erfolgen. Viele Patient*innen der Zielgruppe brauchen eine multimodale Diagnostik und Therapie, die somatische und pharmakologische Maßnahmen beinhaltet. Lediglich Ärzt*innen/Psychiater*innen können alle hierfür relevanten Aspekte überblicken und koordinieren. Daher muss die Leitung zwingend an eine(n) Facharzt/Fachärztin als Bezugsarzt gebunden sein.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> In § 4 Absatz wird 3 wird den Bedenken insofern Rechnung getragen, dass bei der Behandlung einer/eines Patienten/-in immer eine/e (nichtärztliche) Psychotherapeut/-in und ein/e Facharzt/-ärztin eng und kontinuierlich zusammenarbeiten müssen. <b>KBV:</b> ...da alleine schon aus Gründen der Sicherstellung des Versorgungsangebots auf psychologische PsychotherapeutInnen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							zurückgegriffen werden muss und diese im Übrigen schon aus berufsrechtlichen Gründen zur engen Zusammenarbeit mit ärztlichen KollegInnen angehalten sind. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV</b> Keine Änderung.
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	39	BDP	Zustimmung zu Position KBV, PatV „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder <i>einen</i> <i>Bezugspsychotherapeuten</i> “	Leitlinien geben vor, dass psychotherapeutischen Interventionen ein wichtiger Stellenwert zu geben ist. Durch das PsychThG wurde in Deutschland hierzu eine den Erkrankten frei zugängliche Heilkunde und das zugehörige hoch-qualifizierte Berufsbild des PPs geschaffen. Im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie muss Erkrankten die Möglichkeit offenstehen, hürdenlos in eine indizierte Netzwerkbehandlung überzugehen.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.
1	3 Nr. 4	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Vorschlag: <i>„4. Behandlungsleitung <b>vorrangig durch einen Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin oder eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt [KBV/PatV: oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten] oder eine mit der Patientin oder dem Patienten abgestimmte Person entsprechend § 3.</b></i>		<b>Alle:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Da die Verantwortung für die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplanes vorgesehen ist, werden für die Übernahme dieser Rolle Angehörige der Berufsgruppen der approbierten Heilberufe vorgesehen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Die Behandlungsleitung kann auf Grund der notwendigen somatischen, psychotherapeutischen und pharmakologischen Qualifikation nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, dieser trägt die Gesamtverantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> ... da die Behandlung nach dieser Richtlinie ganz wesentlich medizinische und psychotherapeutische Elemente zum Inhalt hat.</p> <p><b>PatV:</b> Die Versorgung mit Soziotherapie steht nicht flächendeckend zur Verfügung. Daher ist eine Hervorhebung dieser Berufsgruppe an dieser Stelle der RL nicht sinnvoll.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	44	GNP	Zustimmung zu Position KBV, PatV „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder <i>einen</i> <i>Bezugspsychotherapeuten</i> “	Die Behandlungsleitung ist gleichrangig durch ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen zu erfüllen, da beide Bezugsgruppen die vollumfänglichen fachlichen Kompetenzen für die Behandlung der Zielklientel besitzen. In Abhängigkeit von der konkreten Einzelfallkonstellation können bei der Behandlungsleitung entweder ärztliche oder eine psychotherapeutische Behandlungsansätze zentral sein. Es ist davon auszugehen, dass bei der komplex eingeschränkten Zielklientel eine tragfähige Beziehung als Voraussetzung für eine positive Prognose psychotherapeutischer Ansätze bedarf.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV, PatV „oder eine <i>Bezugspsychotherapeutin</i> oder <i>einen</i> <i>Bezugspsychotherapeuten</i> “	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 Verbände, die sich auch an der örtlichen Versorgungssituation orientieren können.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p>Keine Änderung</p>
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV, PatV „oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten“	<p>Zur Gewährleistung eines ausreichenden, flächendeckenden Behandlungsangebotes im Sinne dieser Richtlinie ist eine Beteiligung der Psychotherapeut*innen als Bezugspsychotherapeut*innen notwendig.</p> <p>Dabei ist die Kontinuität des Behandlers und des Vertrauensverhältnisses eine tragende Komponente für einen Behandlungserfolg.</p> <p>Die freie Arzt-Psychotherapeutenwahl ist zu gewährleisten. Patient*innen sollten die Bezugärztin/ den Bezugsarzt</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						oder die Bezugspsychotherapeutin/ den Bezugspsychotherapeuten entsprechend eines gewachsenen Vertrauensverhältnisses, dem Hauptversorgungsanteil etc. wählen können.	eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung
1	3 Nr. 4	KBV, PatV	57	BED	Ablehnung von Position KBV, PatV <i>„oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten“</i>	Um eine angemessene Heilmittelversorgung zu ermöglichen. Die Steuerungsmöglichkeiten sind nach § 73 Absatz 2 nur einer Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt möglich.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. In § 4 Absatz wird 3 wird den Bedenken insofern Rechnung getragen, dass bei der Behandlung einer/eines Patienten/-in immer eine/e (nichtärztliche) Psychotherapeut/-in und ein/e Facharzt/-ärztin eng und kontinuierlich zusammenarbeiten müssen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da alleine schon aus Gründen der Sicherstellung des Versorgungsangebots auf psychologische PsychotherapeutInnen zurückgegriffen werden muss und diese im Übrigen schon aus berufsrechtlichen Gründen zur engen Zusammenarbeit mit ärztlichen KollegInnen angehalten sind.</p>
1	3 Nr. 5	KBV, PatV	09	DVSG	Vorschlag: 5.ändern in: <i>Koordination der psychosozialen Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund</i>	Gerade für die Versorgung, Behandlung und Begleitung dieser Personengruppe ist es bedeutsam, auch in der Rechtsgrundlage den Blickwinkel hin zum bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell zu	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,</p> <p><b>DKG:</b> da die Versorgung insgesamt gemeint ist und die „psychosoziale“ Versorgung mit umfasst ist.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						weiten und festzuschreiben. Die Ergänzung durch das Wort psychosozial bei Versorgung wird diesem Aspekt Rechnung getragen.	<p><b>GKV-SV:</b> Auf eine Spezifizierung der zu koordinierenden Versorgung wird an dieser Stelle verzichtet, da im weiteren Verlauf der Richtlinie eine Konkretisierung der Koordinationsaufgaben erfolgt.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
1	3 Nr. 5	DKG	21	Caritas	Zustimmung zu Position DKG in TG	<p>Zu TG:</p> <p>Die von GKV-SV/PatV geforderte zusätzlich nicht-ärztliche koordinierende Person neben der ärztlichen Behandlungsleitung als verpflichtendes Koordinationsmodell lehnt der Deutsche Caritasverband ab. Die Koordination und Steuerung sollte in der Hand einer Person liegen, die für</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird [<b>KBV:</b> grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut ] gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						alle Leistungserbringer als Ansprechpartner dient. In der Begründung ist daher der Position der DKG der Vorzug zu geben. Aus denselben Gründen wird auch die Begründung der PatV zu Nummer 4 abgelehnt.	
1	3 Nr. 5		27	BApK	Anmerkung: Auch wenn es hier nicht steht, so sollte keine Barriere zu den somatischen Fachbereichen aufgebaut werden.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	3 Nr. 5		30	SpiFa	Der Zusammenschluss in einem Netzverbund schafft per se keine neuen Behandlungskapazitäten. Durch Fallkonferenzen und zusätzlichen Bürokratieanfall werden Behandlungskapazitäten gebunden. Möglicherweise soll dies durch finanzielle Anreize geschaffen werden. Diese dürfen aber allen anderen Behandlern, die auch zügig diagnostizieren und behandeln, nicht vorenthalten werden, auch wenn sie nicht im Rahmen der Netzstrukturen handeln. Ansonsten würde das dem Prinzip des Kollektivvertrags widersprechen.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	3 Nr. 5		47	CBT	Vorschlag: <i>„Der Netzverbund schließt eine verbindliche Vereinbarung zur Ausgestaltung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund.“</i>	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 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Diese zentrale Koordinationsaufgabe muss vom Netzverbund 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	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Regelungen zur Ausgestaltung und zu Aufgaben und Organisation des Netzverbundes werden in den §§ 3 und 6 geregelt. <b>GKV-SV:</b> In § 1 Absatz 3 Nummer 5 wird die Koordination der Patientinnen und Patienten im Netzverbund als eine Maßnahme zur Erreichung der Verbesserung der Versorgung für insbesondere schwer psychisch Erkrankte genannt. Die vertragliche Ausgestaltung ist Gegenstand des § 3 und wird dort entsprechend konkretisiert. Keine Änderung. <b>KBV,</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>verständigen, wie sie ihr gerecht werden.</p> <p>Die Festlegung auf ein Kooperationsmodell schränkt die Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort ein und führt möglicherweise zum Ausschluss bereits bestehender Versorgungsansätze.</p>	
1	3 Nr. 6		22	BAG GPV	<p>Die Gesamtbehandlung muss in Abstimmung mit Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach SGB IX erfolgen.</p>	<p>Behandlung und Teilhabeleistungen sind zu koordinieren und abzustimmen.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz jedoch nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V; eine verbindliche Festlegung der</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Zusammenarbeit mit Trägern anderer Sozialgesetzbüchern ist daher nicht möglich. Keine Änderung <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt.
1	3 Nr. 6		27	BApK	Vorschlag: Punkt 6. An das Ende von Absatz 3 verschieben	Der Gesamtbehandlungsplan umfasst auch Elemente aus 7., 8. und 9.. Um dieses zu unterstreichen, sollte er ans Ende gestellt werden.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Da der abgestimmte, verbindliche Gesamtbehandlungsplan ein Kernelement dieser Versorgung darstellt, wird dieser unmittelbar nach der Behandlungsleitung genannt. <b>GKV-SV:</b> An dieser Stelle werden die Maßnahmen aufgelistet, die zur Erreichung des Ziels der Verbesserung der Versorgung beitragen sollen. Natürlich kann der Gesamtbehandlungsplan auch Elemente der in den Ziffern 7-9 angesprochenen Elemente beinhalten und

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							sollte daher dem Schema vom Allgemeinen zum Speziellen folgend vorstehen. Keine Änderung <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
1	3 Nr. 6		30	SpiFa	Auch bei schwer psychisch erkrankten Menschen kann die Versorgung über lange Strecken aus einer Hand erfolgen, sowie die 4 dafür erforderlichen Handlungskompetenzen (somatisch, psychotherapeutisch, sozialmedizinischen und pharmakotherapeutisch) vorliegen. Das ist immer noch die wirtschaftlichste Behandlungsweise, reduziert Bürokratie und weist keine Reibungsverluste im Informationsfluss auf. ....		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	3 Nr. 6 und 9		32	DVPG	Zum Fehlen einer rechtskreisübergreifenden Gesamtplanung und Koordination: siehe Vorbemerkung		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	3 Nr. 6		42	BV Soziotherapeuten	Vorschlag: „6. <b>Mit der Patientin oder dem Patienten abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan,</b>		<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Im Eingangshalbsatz wird der Einbezug des Patientenwillens klar herausgestellt. <b>GKV-SV:</b> Der Einbezug des Patientenwillens ist bereits im einleitenden Satz berücksichtigt und wird im § 9 zum Gesamtbehandlungsplan erneut aufgegriffen. Keine Änderung <b>KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.
1	3 Nr. 7		27	BApK	Vorschlag zur Ergänzung: „Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter <b>sowie psychiatrischer und somatischer</b> Behandlung“	Der Übergang zwischen psychiatrischer und somatischer Behandlung im stationären Umfeld ist schwierig.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Obgleich auch beim Übergang zwischen psychiatrischer und somatischer Behandlung Verbesserungspotentiale bestehen dürften, adressiert

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>die Richtlinie hierzu keine konkreten Vorgaben, so dass diese Maßnahme hier nicht aufgeführt wird.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die formulierte Maßnahme orientiert sich eng am Regelungsauftrag des § 92 Absatz 6b SGB V. Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
1	3 Nr. 7		30	SpiFa	Eine Optimierung des Übergangs von stationär zu ambulant und umgekehrt ist wünschenswert. Dafür bedarf es nicht einer komplexen Richtlinie.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	3 Nr. 7		36	PIBB	Vorschlag: „7. <del>Erleichterung des Festlegung verbindlicher koordinierender Maßnahmen beim Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, stationären und ambulanten Versorgungssektoren</del> “	Notwendig sind konkrete Maßnahmen und Prozesse bei jeglichem Wechsel zwischen ambulantem und (teil-) stationärem Sektor, also vor/nach Aufnahme und vor/nach Entlassung.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> da die vorliegende Formulierung für zielgerichteter erachtet wird. <b>GKV-SV:</b> Die formulierte Maßnahme orientiert sich

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>eng am Regelungsauftrag des § 92 Absatz 6b SGB V.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.  <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
1	3 Nr. 8		27	BApK	<p>Dieser Punkt ist für uns Angehörige und andere Bezugspersonen ganz wesentlich: Keine Abstimmungen mit den Erkrankten über uns ohne unsere freiwillige Zustimmung, die wir auch jederzeit widerrufen können, greifen doch z. B. stationsäquivalente Maßnahmen tief in unsere Selbstbestimmung ein. Diese Maßnahmen sollten nur mit unserer Zustimmung Teil des Behandlungsplanes werden.</p> <p>Um qualifiziert unsere Zustimmung zu geben, muss ein ausreichender Einblick in die Krankheit gewährt werden.</p>		<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Dieser Punkt kann nicht aufgegriffen werden, da der Patientin oder dem Patienten nicht vorgeschrieben werden kann, dass er sich über sein soziales Umfeld äußert.  Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Darüber hinaus sollten dem Umfeld Angebote der Psychoedukation und dergleichen unterbreitet werden.		
1	3 Nr. 8		30	SpiFa	Die Einbeziehung des Umfelds ist auch heute schon gelebte Selbstverständlichkeit, sowie dies erforderlich ist und patientenseitig mitgetragen ist.		<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt
1	3 Nr. 8		36	PIBB	Vorschlag: <b>„Versorgung auch im Lebensumfeld mit Einbezug des sozialen Umfelds,“</b>	Wichtig ist, dass die Versorgung auch im Lebensumfeld des Pat. erfolgen kann, z. B. mit Hilfe aufsuchender Leistungen.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die Versorgung in der häuslichen Umgebung wird unter den Zielen in § 1 Absatz 2 Nr. 3 aufgenommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Das Unterziel der Verkürzung und Vermeidung stationärer Aufenthalte wurde auf Anregung der BAPP um die Möglichkeit der Versorgung im häuslichen Umfeld ergänzt, auf eine weitere Nennung wird daher an dieser Stelle verzichtet.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
1	3 Nr. 9		09	DVSG	Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V, insbesondere der Eingliederung (gemäß SGB IX)“</i>		<b>DKG, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, aber nicht weiter konkretisiert, da keine Regelungen außerhalb des SGB V aufgenommen werden können. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Auf eine Konkretisierung der Einrichtungen außerhalb des SGB V wird an dieser Stelle verzichtet, da der G-BA in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten kann, d. h. an die Träger des Gemeinsamen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V; eine verbindliche Festlegung der Zusammenarbeit mit Trägern anderer Sozialgesetzbüchern ist daher nicht möglich.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p>
1	3 Nr. 9		11	BFLK	Vorschlag: <b>„9. Einbeziehung der Leistungserbringer / Einrichtungen außerhalb des SGB V.“</b>	Kooperationen mit Leistungserbringern außerhalb der Gesundheitsversorgung ist sehr sinnvoll, aber möglicherweise durch die RL nicht durchsetzbar. Hinweis auf eine notwendige Einbeziehung ist erforderlich.	<b>DKG, KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich [ <b>KBV:</b> aber nicht im Wortlaut] gefolgt, <b>DKG:</b> da keine Regelungen außerhalb des SGB V aufgenommen werden können.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Auf eine Konkretisierung der Einrichtungen außerhalb des SGB V wird an dieser Stelle verzichtet, da der G-BA in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten kann, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V; eine verbindliche Festlegung der Zusammenarbeit mit Trägern anderer Sozialgesetzbüchern ist daher nicht möglich.</p> <p>Keine Änderung</p>
1	3 Nr. 9		22	BAG GPV	Vorschlag: „Strukturierter Austausch <b>und Erleichterung zur Sicherstellung der</b>	Im Sinne der regionalen Vernetzung und unter Beachtung des	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.“</i></p>	<p>Gesamtversorgungskontexte (regionale Versorgungsverpflichtung) ist dies unabdingbar. Fallkonferenzen u. ä. haben in diesem Sinne immer mit sämtlichen Fallbeteiligten einer Region unter strenger (verpflichtender) Beachtung des Patient*innenwillens stattzufinden.</p>	<p><b>DKG:</b> da keine Regelungen insbesondere auch zur Sicherstellung außerhalb des SGB V aufgenommen werden können.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Auf eine Konkretisierung der Einrichtungen außerhalb des SGB V wird an dieser Stelle verzichtet, da der G-BA in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten kann, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V; eine verbindliche Festlegung der Zusammenarbeit mit Trägern anderer Sozialgesetzbüchern ist daher nicht möglich.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
1	3 Nr. 9		27	BApK	Ohne Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V wird die Versorgung zu keinem Erfolg.		<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich und vorbehaltlich der Klärung leistungsrechtlicher Fragen gefolgt.
1	3 Nr. 9		29	Diakonie - BeB	Vorschlag: „Strukturierter Austausch und <del>Erleichterung</del> <b>der verbindliche</b> Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V“.		<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da keine verbindlichen Regelungen zu Kooperationen außerhalb des SGB V aufgenommen werden können. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Auf eine Konkretisierung der Einrichtungen außerhalb des

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>SGB V wird an dieser Stelle verzichtet, da der G-BA in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten kann, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V; eine verbindliche Festlegung der Zusammenarbeit mit Trägern anderer Sozialgesetzbüchern ist daher nicht möglich.</p> <p>Keine Änderung,  <b>KBV:</b> Keine Änderung, da verbindliche Kooperationen mit Einrichtungen außerhalb des SGB V nicht im Regelungsbereich der Richtlinie liegen.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
1	3 Nr. 9		30	SpiFa	Für jede fachärztliche Versorgungspraxis ist die Zusammenarbeit mit Institutionen aus anderen Sozialleistungsbereichen gelebte Realität, häufig vollkommen bürokratiefrei. Es ist nicht klar, wo hier die Neuerungen liegen sollen...		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	3 Nr. 9		34	Dt. PaWo	Das ... Ziel ist zentral für eine gute Versorgung im Sinne des vorliegenden Beschlussesentwurfs, die vorgesehenen Regelungen sind aber nicht ausreichend, dieses Ziel zu erreichen.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
1	3 Nr. 9		36	PIBB	Vorschlag: <i>„Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit <b>anderen</b> Einrichtungen <del>außerhalb</del> des SGB V (§43b) und <b>anderer Rechtskreise.</b>“</i>	Um die Teilhabe zu verbessern, ist es sinnvoll und notwendig, die Koordination ggf. auf andere Rechtskreise (SGB II+VI+XII+VII) auszuweiten	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> da sich alle anderen Rechtskreise außerhalb des SGB V befinden. <b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V; eine verbindliche Festlegung der Zusammenarbeit mit Trägern anderer Sozialgesetzbüchern ist daher nicht möglich.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
1	3 Nr. 9		41	APK	<p>Vorschlag:</p> <p>„9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit <del>Einrichtungen</del> <b>Angeboten außerhalb des Netzverbundes, darunter auch Angebote außerhalb des SGB V.</b>“</p>		<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Änderung wird nicht unterstützt, da der Begriff „Angebote“ an dieser Stelle zu unspezifisch angesehen wird.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.
1	3 Nr. 10 (neu)		21 47	Caritas CBP	Vorschlag: Einfügung einer Nr. 10 (neu): Caritas: „ <b>Einbezug von Peers</b> “ CBT: „ <b>Einbezug von Ex/In bzw. Peers. Ex/In bzw. Peers können als weitere Mitglieder den Netzwerkverbund unterstützen.</b> “	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 maßgeblich bei.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die Ausgestaltung des Netzwerkverbundes, inkl. die Einbeziehung von Genesungsbegleitern oder Ex/In bzw. Peers wird in § 3 vorgesehen. <b>GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Die Einbindung von Peers/ExIn wird vom Grunde her unterstützt; jedoch besteht die Schwierigkeit, dass es kein einheitliches Curriculum für die Peers/ExIn gibt und daher auch keine klare Aufgabenabgrenzung erfolgen kann. Keine Änderung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> ... was jedoch im Einzelfall den Einbezug von Peers im Rahmen der Fallkoordination ausschließt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
1	3 Nr. 10 (neu)		29	Diakonie - BeB	<p>Vorschlag: Einfügung einer Nr. 10 (neu): <i>„Begleitung von Menschen in ihrer Ambivalenz bzgl. einer psychiatrischen Behandlung, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und Beratung über Behandlungsmöglichkeiten, um so die Voraussetzungen für einen gelingenden Therapie- und Behandlungsprozess zu schaffen. Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen stehen am Beginn einer Behandlungsaufnahme oft motivierende Gespräche.“</i></p>	<p>...es (sind) gerade diejenigen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die sich in Bezug auf die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten skeptisch, zögerlich und /oder ambivalent zeigen, die vom Gesundheitssystem nicht oder zu spät erreicht werden. Erkrankungen chronifizieren so oft und führen später zu eigentlich vermeidbaren Klinikaufenthalten bzw. zu Zwangsbehandlungen. Um die Zielgruppe der Richtlinie nicht zu verfehlen, sind Angebote zur Etablierung von Vertrauen und partizipativer Entscheidungen elementar.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, [<b>KBV:</b> aber nicht im Wortlaut] gefolgt <b>DKG:</b> und geht in den Tragenden Gründen zur Richtlinie auf.</p> <p><b>GKV-SV:</b> In die Tragenden Gründe zu Absatz 3 wird ein Hinweis zur selbstbestimmten Teilnahme der Patientinnen und Patienten aufgenommen.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wird oft Abstinenz bzw. der Wille, abstinent zu leben, vorausgesetzt, um Behandlungsangebote wie z.B. Psychotherapie in Anspruch nehmen zu können. D.h. das mögliche Ziel einer Behandlung wird zu Voraussetzung gemacht.	
1	3 Nr. 10 (neu)		55	DFPP	Vorschlag zur Ergänzung: <b>„10. Einführung von niederschweligen therapeutischen Angeboten.“</b>	Niederschwellige therapeutische Angebote wie Low Intensity CBT oder Bibliotherapie und weitere sind international gut erprobt. Wissenschaftliche Belege für die Effektivität und Effizienz liegen vor. Diese Form der Behandlungen sind gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wichtig. Hier braucht es zwingend eine Ergänzung in der aktuellen Behandlungslandschaft in Deutschland.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, gefolgt, die Möglichkeit für die Etablierung der genannten niederschweligen therapeutischen Angebote ist grundsätzlich gegeben.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.  Deutschland verfügt im internationalen Vergleich bereits über ein sehr leistungsfähiges, differenziertes und qualitativ hochwertiges

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Versorgungssystem psychischer Erkrankungen. Die vorliegende Richtlinie fokussiert dabei auf die Koordination der bestehenden und nicht auf die Schaffung neuer Versorgungsangebote.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt,</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
1	3 Nr. 10 und 11 (neu)		56	DDPP	<p>Vorschlag zur Ergänzung:  <b>„10. Konzeptuelle und wenn möglich personelle Kontinuität therapeutischer Hilfen in die und während der Komplexbehandlung sowie beim Übergang in die Regelversorgung.</b>  und:  <b>11. Einbezug von Angehörigen und Genesungs-/PeerbegleiterInnen“</b></p>	<p>Im Maßnahmenkatalog fehlt die Betonung von Kontinuität und Flexibilität sowie von durchgängiger psychotherapeutischer Beziehungskompetenz. Notwendig ist eine Person, die langfristig mit einem flexiblen Zeitbudget zur Verfügung steht und die über spezifische Diagnostik und formale Koordination hinaus</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Vorschlag geht in § Absatz 14 und den Tragenden Gründen berücksichtigt.</p> <p>Der Anregung der Stellungnehmer einer neuen Nr. 11 wird grundsätzlich</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>in der Lage ist, eine tragende Beziehung aufzubauen, Verantwortung zu teilen und Selbstwirksamkeit zu fördern. Spezifische Diagnostik, formale Koordination und die Organisation von Terminen muss von psychotherapeutischer Arbeit und Arbeit an der Beziehung unterschieden werden. Explizit ist hier auch die besondere Beziehungsqualität von Genesungs-/Peerbegleitung zu nutzen.</p>	<p>gefolgt. Die Ausgestaltung des Netzverbundes, inkl. die Einbeziehung von Genesungs-/PeerbegleiterInnen in § 3 vorgesehen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Der Übergang in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie wird in § 13 konkretisiert und daher an dieser Stelle nicht erneut aufgegriffen.</p> <p>Die Einbindung von Peers/ExIn wird vom Grunde her unterstützt; jedoch besteht die Schwierigkeit, dass es kein einheitliches Curriculum für die Peers/ExIn gibt und daher auch keine klare Aufgabenabgrenzung erfolgen kann.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird</p>

Stand: 12.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt,

§ 2 Definition der Patientengruppe

§ 2 Absatz 1

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	1	KBV, DKG, PatV	02	BPtK	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV</p> <p>Vorschlag:</p> <p><b>Ankündigung einer Selbstverpflichtung zu einer Ergänzung dieser Richtlinie um den Bereich der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen</b> innerhalb einer engen zeitlichen Frist.</p>	<p>Die BPtK kann den Ansatz des G-BA grundsätzlich nachvollziehen, die Erstfassung der Richtlinie ...zunächst auf den Bereich der Versorgung von Erwachsenen zu beschränken...Aus Sicht der BPtK wäre es jedoch geboten, im Sinne einer Selbstverpflichtung eine Ergänzung dieser Richtlinie um den Bereich der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, ...mit einer engen zeitlichen Frist im Zuge der Beschlussfassung anzukündigen....</p> <p>Die Einführung der hinreichenden Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit als zusätzliche Voraussetzung ist ...nicht zielführend, weil insbesondere bei von dieser Richtlinie adressierten</p>	<p><b>Alle:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, <b>[KBV:</b> aber nicht im Wortlaut] gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Aufnahme einer Protokollnotiz</p> <p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zeitnah nach der Beschlussfassung dieser Richtlinie mit der Erarbeitung einer Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beginnen.“</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Patient*innen die Herstellung einer Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit nicht selten ein erstes Ziel dieser Versorgungsform darstellen dürfte.	
2	1		05	VKD	Wir sehen Versorgungsformen primär für Patient*innen nach dem 18. Lebensjahr.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
2	1	KBV, DKG, PatV	06	bpa	Zustimmung zum Vorschlag von KBV, DKG, PatV	Der Versuch des GKV-SV, eine schwere psychische Erkrankung von möglicherweise anderen Erkrankungsformen zu unterscheiden, ist nach Auffassung des bpa wenig überzeugend. Es ist zielführender, dies dem Expertenwissen und der individuell erfolgenden Diagnostik des behandelnden Arztes zu überlassen.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Keine Änderung
2	1	KBV, DKG	07 13	DPV BPM	Zustimmung zur Formulierung von KBV, DKG <b>DPV, BPM, DGPT:</b>	<b>DPV, BPM, SpiZ, BVDN, DGPT:</b> Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, <b>[KBV:</b> aber

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			19 20 24 25	SpiZ BVDN BVDP DGPT	Vorschlag zur Ergänzung: <i>„.....bei denen ein komplexer psychiatrischer und/oder psychosomatischer und/oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf“.....</i>	<p>Patienten können sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme.</p> <p><b>DPV, BPM, DGPT:</b> Insofern wäre es hier wichtig, ergänzend „und/oder“ zu präzisieren.</p> <p><b>BVDP:</b> s. Begründung zu §1 Abs (2) Satz 1</p>	<p>nicht im Wortlaut] gefolgt. <b>DKG:</b> Die gewählte "oder"-Variante umfasst ein optionales „und“. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Analog zur Formulierung des Regelungsauftrages in § 92 Absatz 6b SGB V wird ein „oder“ in der Unterscheidung zwischen psychiatrischem und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gewählt; dieses „oder“ ist nicht abschließend, sondern umfasst auch die Möglichkeit der Kombination aus psychiatrischem und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.</p> <p>Keine Änderung <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	1		10	AG ADHS	Vorschlag: Aufnahme von Patienten vor dem 18. Lebensjahr	ADHS beginnt bereits vor dem 18. Geburtstag. Gerade ab der Pubertät zeigen sich oft deutliche Beeinträchtigungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen (Schule, Ausbildung). Auch für diese Patientengruppe ist eine strukturierte Versorgungsstruktur unabdingbar.	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Aufgrund der Besonderheiten der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendliche hat sich der G-BA vor dem Hintergrund einer relativ kurzen gesetzlichen Frist zur Erarbeitung der Richtlinie auf eine Fokussierung der Patientengruppe ab dem vollendeten 18. Lebensjahr entschieden. Um die besonderen Bedürfnisse und spezifischen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendlicher angemessen berücksichtigen zu können, ist eine umfassende Auseinandersetzung mit der Thematik erforderlich.</p> <p><b>KBV:</b> Gleichwohl wird der Übergangszeitraum bis zum 21. LJ. aktiv begleitet. Im Umkehrschluss muss eine Richtlinie für Kinder und</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Jugendliche ebenfalls die Transition angemessen berücksichtigen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Aufnahme einer Protokollnotiz</p> <p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zeitnah nach der Beschlussfassung dieser Richtlinie mit der Erarbeitung einer Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beginnen.“</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	KBV, DKG, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV  ...die Formulierung „ <i>psychosomatischer</i> “ kann mit aufgenommen werden, ist aber nicht zwingend		<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	GKV-SV	15	DGVT	Ablehnung vom Position GKV-SV zu „hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“	...gerade chronisch psychisch kranke Personen haben zu Beginn einer Behandlung oftmals krankheitsbedingt Schwierigkeiten, die die Notwendigkeit der Behandlung zu erkennen; sie tendieren dazu, diese abzulehnen oder in Frage zu stellen	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV		<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							In dieser Richtlinie sind gemäß § 92 Absatz 6b SGB V sind durch den G-BA die Anforderungen an eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung zu regeln; für eine Versorgung nach dieser Richtlinie besteht bereits eine gesetzliche Grundlage, so dass von einer Anspruchsformulierung abgesehen wird.
2	1	KBV, DKG,	18	DGPM	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, „... <i>bei denen ein komplexer psychiatrischer, psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, haben Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie.</i> “		<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. In dieser Richtlinie sind gemäß § 92 Absatz 6b SGB V sind durch den G-BA die Anforderungen an eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung zu regeln; für eine Versorgung nach dieser Richtlinie besteht bereits eine

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							gesetzliche Grundlage, so dass von einer Anspruchsformulierung abgesehen wird. Zustimmung zur Ergänzung „psychosomatisch“.
2	1		21 47	Caritas CBT	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 eingebunden werden. Die Caritas/CBP unterstützt zudem die Erstellung einer eigenen Richtlinie für Kinder und Jugendliche mit schweren komplexen psychischen Erkrankungen. Die Begründung der KBV zu diesem Punkt wird daher unterstützt		<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Aufgrund der Besonderheiten der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendliche hat sich der G-BA vor dem Hintergrund einer relativ kurzen gesetzlichen Frist zur Erarbeitung der Richtlinie auf eine Fokussierung der Patientengruppe ab dem vollendeten 18. Lebensjahr entschieden. Um die besonderen Bedürfnisse und spezifischen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendlicher angemessen berücksichtigen zu können, ist eine

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							umfassende Auseinandersetzung mit der Thematik erforderlich. <b>GKV-SV:</b> Aufnahme einer Protokollnotiz „Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zeitnah nach der Beschlussfassung dieser Richtlinie mit der Erarbeitung einer Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beginnen.“
2	1	KBV, DKG	21 47	Caritas CBT	Zustimmung zur Formulierung KBV, DKG. Vorschlag zur Ergänzung: <i>„...Patientinnen und Patienten...bei denen ein komplexer psychiatrischer, psychosomatischer <b>und/oder</b></i>	<b>Caritas, CBT:</b> Die Richtlinie sollte neben dem psychotherapeutischen Behandlungsbedarf durchgängig auch psychosomatischen	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, [ <b>KBV:</b> aber nicht im Wortlaut ] gefolgt. <b>DKG:</b> Die gewählte "oder"-Variante umfasst ein optionales „und“.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>psychotherapeutischer Behandlungsbedarf....“</i>	<p>Behandlungsbedarf aufnehmen.</p> <p><b>CBT:</b> 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 und die Übergänge zu anderen Leistungssystemen möglichst reibungslos zu ermöglichen</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Analog zur Formulierung des Regelungsauftrages in § 92 Absatz 6b SGB V wird ein „oder“ in der Unterscheidung zwischen psychiatrischem und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gewählt; dieses „oder“ ist nicht abschließend, sondern umfasst auch die Möglichkeit der Kombination aus psychiatrischem und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.</p> <p>Zustimmung zur Ergänzung „psychosomatisch“.</p>
2	1	GKV-SV	21	Caritas	<i>Ablehnung Position GKV-SV „Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“</i>	<p>Die Feststellung einer Mitwirkungsfähigkeit darf die Schwelle zur Behandlung dieses Personenkreises, für den aufgrund der Komplexität des</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Krankheitsbildes ohnehin sehr hohe Zugangshürden für eine Behandlung bestehen, nicht noch weiter erhöht werden. Die Feststellung der Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit wird zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zudem regelmäßig streitbehaftet sein.	
2	1	KBV, DKG, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Die Position ist am umfassendsten ausgearbeitet.	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>In dieser Richtlinie sind gemäß § 92 Absatz 6b SGB V sind durch den G-BA die Anforderungen an eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung zu regeln; für eine Versorgung nach dieser Richtlinie besteht bereits eine gesetzliche Grundlage, so dass von einer</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Anspruchsformulierung abgesehen wird. Zustimmung zur Ergänzung „psychosomatisch“. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	GKV-SV	22	BAG GPV	Ablehnung von Position GKV-SV „Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“. ... die fehlende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit (GKV-SV) (darf) bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kein Ausschlusskriterium sein. Sie muss ein anzustrebendes Ziel sein.		<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	GKV-SV	26	VDAB	Ablehnung von Position GKV-SV	Der von der GKV-SV vorgelegte Entwurf entspricht nicht den eigentlichen Zielen des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Der GKV-SV nimmt in der Definition der Patientengruppe zahlreiche Voraussetzungen für eine	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Behandlung auf, welche die leistungsberechtigte Patientengruppe stark einschränkt. Sowohl die Definition von einer hinreichenden Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit, als auch die Charakterisierung einer schweren psychischen Erkrankung sind demnach als leistungseinschränkend abzulehnen.	
2	1	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV inklusive [KBV/DKG: ,psychosomatischer] und [DKG/PatV: nach Absatz 4]		<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>In dieser Richtlinie sind gemäß § 92 Absatz 6b SGB V sind durch den G-BA die Anforderungen an eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung zu regeln; für eine Versorgung nach dieser Richtlinie besteht bereits eine gesetzliche Grundlage, so dass von einer</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Anspruchsformulierung abgesehen wird. Zustimmung zur Ergänzung „psychosomatisch“.
2	1	KBV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position KBV	Siehe Begründung §1 Abs. 2	<p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>In dieser Richtlinie sind gemäß § 92 Absatz 6b SGB V sind durch den G-BA die Anforderungen an eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung zu regeln; für eine Versorgung nach dieser Richtlinie besteht bereits eine gesetzliche Grundlage, so dass von einer Anspruchsformulierung abgesehen wird.</p> <p>Zustimmung zur Ergänzung „psychosomatisch“.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	1	GKV-SV	28	UBSKM	Ablehnung von Formulierung GKV-SV „Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“	[Es] ist unklar, wie (hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit) ...bestimmt werden soll. UBSKM möchte hierzu auch auf die Begründung zu §1 Abs. 3 verweisen. ... Eine Ablehnung einzelner Behandlungsmaßnahmen darf nicht zum Ausschluss aus der Versorgung nach dieser Richtlinie führen...	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	1		28	UBSKM	UBSKM (regt) an, ...eine derartige Richtlinie für Kinder und Jugendliche zu erarbeiten.	Zusätzlich möchte UBSKM ... erwähnen, dass schwer psychisch kranke Patient*innen mit Traumafolgestörungen aufgrund von Gewalterfahrungen in der Kindheit auch vor dem 18. Lebensjahr einer koordinierten und	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Aufgrund der Besonderheiten der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendliche hat sich der G-BA vor dem Hintergrund einer relativ kurzen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>langfristigen Versorgung bedürfen.</p>	<p>gesetzlichen Frist zur Erarbeitung der Richtlinie auf eine Fokussierung der Patientengruppe ab dem vollendeten 18. Lebensjahr entschieden. Um die besonderen Bedürfnisse und spezifischen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendlicher angemessen berücksichtigen zu können, ist eine umfassende Auseinandersetzung mit der Thematik erforderlich.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Aufnahme einer Protokollnotiz</p> <p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zeitnah nach der Beschlussfassung dieser Richtlinie mit der Erarbeitung einer Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beginnen.“ <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	DKG, PatV	29	Diakonie - BeB	Zustimmung zu Position DKG, PatV Vorschlag: ...diese Definition (Feststellung einer funktionalen Einschränkung) zu erweitern und auch die Menschen mit einzubeziehen, bei denen eine Vermutung auf eine funktionale Beeinträchtigung besteht, die erst im Zuge eines weiteren Prozesses verifiziert werden kann. Beim Beziehungsaufbau zu schwersterkrankten Menschen steht die Diagnose nicht am Anfang der Prozesses sondern sie ist ein erstes Ergebnis des Prozesses.	Der Vorschlag der GKV setzt eine hohe Compliance voraus. Dies ist kontraproduktiv und bestätigt nur den Ausschluss derjenigen, die am dringendsten Hilfe und Behandlungsangebote benötigen und steht im Widerspruch zum Ziel und Zweck der Richtlinie. Die Stellungnahme der DKG/PatV setzt die Feststellung einer funktionalen Einschränkung voraus.	<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Anregung zur Aufnahme von vermuteten funktionalen Einschränkungen ist vor dem Hintergrund eines im internationalen Vergleich sehr gut ausgebautem und qualitativ hochwertigen Versorgungssystem psychischer Erkrankungen nicht nachvollziehbar. Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet sich an psychisch Erkrankte mit einem komplexen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Behandlungsbedarf; eine Ausweitung der Patientengruppe um Patienten, bei denen keine deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen, birgt die Gefahr, dass der Personenkreis auf den der Gesetzgeber mit seinem Regelungsauftrag abzielte, keinen Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie erhält.</p> <p><b>PatV:</b> Dem Vorschlag wird grundsätzlich zugestimmt.</p>
2	1		30	SpiFa	<p>Es geht in der Tat um eine umschriebene Gruppe von Patienten, die - krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, das derzeitige Angebot zu nutzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- neben den bestehenden Angeboten Unterstützung in der Lebensführung benötigen</li> <li>- neben den bestehenden Angeboten spezifische individuelle ergänzende Angebote benötigen.</li> </ul> <p>Vorschlag zu GKV-SV „Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung,</p>	<p>Es stellt sich ... die prinzipielle Frage, ob diese Unterstützung nicht einen deutlichen Akzent auf der Unterstützung von Leistungserbringern außerhalb des SGB V liegen sollte, ...im Sinne eines sozialpsychiatrischen Konzeptes. Die dort tätigen Personen sind die geeignetsten Personen, stabile soziale</p>	<p><b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz jedoch nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>auch nach dieser Richtlinie ist, eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“:</i>                      Wichtig hinzuzufügen wäre die <b>Mitwirkungswilligkeit.</b></p>	<p>Lebensumstände und grundlegende Alltagsbewältigung zu garantieren, was ... als ...geeignete Behandlungsvoraussetzung in der Regelversorgung nutzbar wäre.                      Anstatt dessen holt diese Richtlinie den bürokratischen und finanziellen Aufwand in den Geltungsbereich des SGB V. Das bedarf eines Finanzierungsplans...</p>	<p>und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.</p>
2	1	GKV-SV	31	SHV	<p>Zustimmung zu Formulierung GKV-SV Vorschlag zur Ergänzung:  <i>„Schwere psychische Erkrankungen sind insbesondere dadurch charakterisiert, dass über einen längeren Zeitraum Krankheitssymptome bestehen, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens <b>und der Teilhabe</b> und das psychosoziale Funktionsniveau einhergehen...“</i></p>	<p>Die Beschreibung der Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens greift ...zu kurz. Dies kann auch nur einzelne Tätigkeiten wie zum Beispiel das Reinigen der Wohnung umschreiben. Die Beeinträchtigung der Teilhabe beschreibt dabei die Auswirkung auf das Leben des Einzelnen durch die beeinträchtigte Aktivität....</p>	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus umfassen haben sehr häufig auch Auswirkungen auf die Teilhabe, so dem Vorschlag zur Ergänzung an dieser Stelle nicht gefolgt wird.  <b>GKV-SV, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
2	1	KBV, DKG, PatV	32	DVPG	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„... die zu deutlichen Einschränkungen ... führt bzw. voraussichtlich führen wird und bei denen ...“</i>	Die Versorgung nach dieser Richtlinie sollte nicht erst nach einem längeren Zeitraum (GKV-SV) angeboten werden, sondern ist bei schweren psychischen Erkrankungen gerade bei frühem Versorgungsbeginn besonders aussichtsreich. Dies trifft insbesondere auch für Ersterkrankungen zu.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> da mit der Richtlinie keine Präventionsmaßnahmen festgelegt werden. <b>GKV-SV:</b> Die Anregung zur Aufnahme von vermuteten funktionalen Einschränkungen ist vor dem Hintergrund eines im internationalen Vergleich sehr gut ausgebautem und qualitativ hochwertigen Versorgungssystem psychischer Erkrankungen nicht nachvollziehbar. Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet sich an psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf; eine Ausweitung der Patientengruppe um Patienten, bei denen keine



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen, birgt die Gefahr, dass der Personenkreis auf den der Gesetzgeber mit seinem Regelungsauftrag abzielte, keinen Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie erhält.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.  <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	1	KBV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV	<p>Von der Frage, wie eng, oder wie weit die Zugangsmöglichkeiten für Patient*innen gefasst werden sollen, hängt die Sinnhaftigkeit dieser Richtlinie ab.  Der bvvp fordert:</p>	<p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.  Die Festlegung eines Grenzwertes erscheint dringend geboten, da sich die Versorgung nach dieser</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Keine Einschränkung auf bestimmte willkürliche F-Diagnosegruppen. ....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein Höchstwert auf einer Skala als Indikationskriterium sagt zu wenig aus über einen komplexen Behandlungsbedarf.</li> <li>• Alle F-Diagnosen, auch neurologische Störungen, müssen Zugang haben - in Abstimmung mit dem Funktionsniveau bzw. dem Grad der Einschränkungen als Zugangskriterium, ohne festgelegten Cutoff-Wert und ohne vorgegebene Einschätzungsskala. ...</li> <li>• Der Bezugsbehandler hat die Indikationshoheit und entscheidet individuell in Kooperation mit den Patient*innen und mit Blick auf das gesamte Behandlungskonzept ... für Behandlungskontinuität (muss) gesorgt werden.</li> </ul>	<p>Richtlinie an Menschen mit krankheitsbedingten Schwierigkeiten zur Teilhabe richtet. Erkrankte, bei denen dies nicht der Fall ist, benötigen keine unterstützende Tätigkeit einer koordinierenden Person; entsprechend müssen die Zugangskriterien klar gefasst sein. Der Gesamtbehandlungsplan wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt erstellt; die Gesamtverantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt.</p> <p>Eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist an die in § 2 genannten Voraussetzungen geknüpft; liegen die Voraussetzungen nicht mehr vor, weil beispielsweise eine Verbesserung des</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine zeitliche Beschränkung des Verbleibs in der neuen Richtlinie...</li> <li>Richtlinien-Psychotherapie muss immer möglich sein.</li> </ul>	<p>Krankheitszustandes eingetreten ist oder die Therapieziele erreicht wurden, erscheint es geboten, die Patientinnen oder Patienten in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie überzuleiten.</p> <p>Die für die Patientin oder den Patienten erforderliche Intervention richtet sich nach der Art und dem Schweregrad der Erkrankung; Psychotherapie kann eine mögliche Intervention sein.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	1	KBV, DKG, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV Ablehnung Formulierungen GKV-SV: <i>„Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist</i>	Eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit sollte sich entwickeln können, sie zur Bedingung zu machen schließt Personen von der	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“ und</i></p> <p><i>„Schwere psychische Erkrankungen sind insbesondere dadurch charakterisiert, dass über einen längeren Zeitraum Krankheitssymptome bestehen...“</i></p>	<p>Leistung aus, die ggf profitieren könnten.</p> <p>Damit Leistungen frühzeitig und in akuten Krisen erbracht werden können, ist es darüber hinaus sinnvoll, die Patientengruppe nicht auf Personen zu beschränken, bei denen Krankheitssymptome bereits über einen längeren Zeitraum bestehen.</p>	
2	1	GKV-SV	35	ackpa	<p>Ablehnung von Formulierung GKV-SV <i>„Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“</i></p> <p>Streichung</p>	<p>Die „Mitwirkungsfähigkeit“ (cave: dieser Begriff ist in der Tendenz entwertend!) ist in dieser Patient*innengruppe sehr häufig beeinträchtigt. Diese Voraussetzung ist daher inkonsistent: wer das kann, erhält (irgendwann) auch die Hilfen, die benötigt werden</p>	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	1 - 3	GKV-SV	35	ackpa	<p>Ablehnung von Position GKV-SV Vorschlag:</p> <p><i>„Menschen, die an psychischen Störungen leiden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für chronische Verläufe behaftet sind</i></p>	<p>Hier bestimmte Diagnosen zu nennen, ist willkürlich und inkonsistent. Ebenso beschreiben bereits eingetretene erhebliche</p>	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>und daher häufig mit Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft einhergehen.“</i>	Einschränkungen (z.B. GAF-Wert) Zustände, die sensu § 1 verhindert werden sollen. Auf Abs. 2 kann dann verzichtet werden.	Ziel des gesetzlichen Auftrages ist die Verbesserung der Versorgung insbesondere für schwer psychisch Kranke. Daher scheint es geboten, die Patientengruppe mittels geeigneter Kriterien möglichst eindeutig zu beschreiben um insbesondere für diesen Personenkreis eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.  Keine Änderung <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	GKV-SV	37	BDK	Der erste Unterabsatz deckt sich weitgehend mit dem Vorschlag von KBV/DKG/PatV. Der Rest des Textes sollte entfallen	Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit hier als Merkmal einzuführen, ist überflüssig, da nur solche Patient*innen teilnehmen werden, die dieses Merkmal erfüllen. Zudem ergeben sich enorme Probleme der	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Operationalisierung des Begriffs.</p> <p>Im Unterabschnitt wird eine zweite Definition eingeführt, nachdem oben bereits eine klare Definition der Patient*innen-Gruppe gegeben wurde. Dies ist überflüssig und trägt eher zur Verwirrung bei.</p>	<p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	1	KBV, DKG, PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<p>Eine Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit kann bei dieser Patientengruppe oftmals nur nach dem Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung hergestellt werden. Dies kann unter Umständen auch deutlich länger dauern und liegt z. T. auch in der Erkrankung selbst begründet. Eine Festlegung als Voraussetzung widerspricht somit dem Kerngedanken der Leitlinie.</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	1	GKV-SV	40	DHS	In der Anspruchsberechtigung (wird von einer „hinreichenden Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ ausgegangen. (Nicht nur) Im Bereich der		<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Abhängigkeitserkrankungen werden Leistungen der Beratung und Behandlung aber auch mit dem Ziel erbracht, zu einer (weiterführenden) Behandlung zu motivieren und den Hilfesuchenden geeignete Behandlungsangebote aufzuzeigen. Dabei wird die Selbstbestimmung und Autonomie der Klientel stets gewahrt.		
2	1	GKV-SV	41	APK	Ablehnung von Formulierung GKV-SV „Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“  Keine Zustimmung zu Voraussetzung Mitwirkungsfähigkeit.	im späteren Text wird die Einbeziehung von mindestens zwei Behandlungsmaßnahmen als konstituierendes Merkmal der BSKV genannt. Eine Prüfung dieses Merkmals als Voraussetzung ist verzichtbar und geeignet den Zugang zu erschweren.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	KBV, DKG, PatV	41	APK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV, aber Notwendigkeit einer gesetzlichen Verankerung	Der Anspruch kann nicht in einer Richtlinie begründet werden; sinnvoll wäre die Aufnahme einer neuer Leistungsform bzw. Versorgungsform „Ambulante Komplexleistung“ im SGB V.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	1	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV <i>„Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18.Lebensjahr mit einem komplexen Behandlungsbedarf haben Anspruch auf Versorgung nach der Richtlinie.“</i>		<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>In dieser Richtlinie sind gemäß § 92 Absatz 6b SGB V sind durch den G-BA die Anforderungen an eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung zu regeln; für eine Versorgung nach dieser Richtlinie besteht bereits eine gesetzliche Grundlage, so dass von einer Anspruchsformulierung abgesehen wird.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
2	1	KBV, DKG, PatV	44	GNP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Die Zielklientel ist damit umfassend erfasst. Der GKV-SV Vorschlag erscheint ungünstig, da zusätzliche	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Voraussetzungen eingeführt werden, die entweder redundant mit den Inhalten folgender Absätze sind oder bei der gegebenen Klientel schwer operationalisierbar sind (z.B. Behandlung- und Mitwirkungsfähigkeit) und damit einer adäquaten Versorgung entgegenstehen könnten. Zudem engt die Fokussierung auf psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsbedarfe die Zielklientel ungünstig ein, da häufig auch ein vorrangig psychosomatischer Behandlungsbedarf besteht ...	<b>GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
2	1	DKG	45	DGPPN	Zustimmung zu Position DKG	Die GKV-Position wird abgelehnt, da, eine „hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ als Voraussetzung für eine Behandlung nach der Richtlinie einerseits problematisch ist, weil keine einheitliche	<b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Operationalisierung dieses Merkmals existiert. Zudem ist die Einführung dieses Merkmals unnötig, da Patienten, die der Versorgung nach der Richtlinie teilnehmen, diese Voraussetzung ohnehin erfüllen werden.</p> <p>In Satz 3 wird eine zweite Definition eingeführt, nachdem oben bereits eine klare Definition der Patientengruppe gegeben wurde. Dies ist überflüssig und trägt eher zur Verwirrung bei.</p>	
2	1	GKV-SV	47	CBT	<p>Ablehnung Position GKV-SV  <i>„Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“</i></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</p>	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.  <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>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.</p> <p>Die Feststellung der Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit wird zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern zudem regelmäßig streitbehaftet sein.</p>	
2	1	GKV-SV	48	DPtV	<p>Ablehnung der Formulierungen GKV-SV:</p> <p>Die formulierten Voraussetzungen des GKV-SV für eine Behandlung nach dieser Richtlinie sind nicht zielführend:</p> <p>a) „...einer schweren psychischen Erkrankung...“</p> <p>b) „...Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung</p>	<p>a) Der Gesetzgeber adressiert in dieser Richtlinie Patient*innen mit „insbesondere“ schweren psychischen Erkrankungen und signalisiert, dass der Indikationskatalog weit zu fassen ist.</p>	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.  <b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit...“</p> <p>c) „...dass über einen längeren Zeitraum Krankheitssymptome bestehen...“</p>	<p>b) Die Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit der Patient*innen kann mit Unterstützung von Soziotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und/oder HPK im Rahmen dieses Versorgungsangebotes hergestellt und im Verlauf der Behandlung unterstützt werden und ist nicht Voraussetzung zu Beginn einer Behandlung.</p> <p>c) Krankheitssymptome sollten nicht bereits über einen längeren Zeitraum bestehen- das würde bedeuten, dass Patienten erst nach einer Chronifizierung ihrer Erkrankung versorgt werden können.</p> <p>Eine bereits bestehende intensive Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen ist kein ausschlaggebendes Kriterium</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						für eine Komplexbehandlung. Niedrigschwellig sollten auch die Patient*innen versorgt werden, denen der Zugang zu adäquater medizinischer oder psychosozialer Hilfe bislang verwehrt war.	
2	1	KBV, DKG	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patient*innen werden in dieser Richtlinie durch ein multiprofessionelles und vernetztes Behandlungsangebot adäquat begegnet. Eine weitere Eingrenzung des Indikationsbereiches, wie sie der GKV-SV vorschlägt, grenzt Patient*innen mit einem komplexen Versorgungsbedarf aus.	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	1	KBV, DKG, PatV	49	DVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt
2	1	GKV-SV	49	DVT	Ablehnung von Position GKV-SV „Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“	Schwere psychische Störungen sind häufig dadurch gekennzeichnet, dass die Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Wenn es das Ziel der Richtlinie ist, gerade diesen Patienten den Zugang zur ambulanten Versorgung zu erleichtern, dann würde dies dadurch konterkariert, dass man die Mitwirkungsfähigkeit als Voraussetzung zur Teilnahme vorschreibt. Ziel der vernetzten Versorgung sollte es sein auch Patient*innen mit eingeschränkter Mitwirkungsfähigkeit zu erreichen, ihnen den Zugang zur Versorgung zu erleichtern und die Mitwirkungsfähigkeit im Rahmen der Behandlung herzustellen bzw. zu verbessern.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	1	KBV, DKG	52	IGPS	Zustimmung zur Formulierung von KBV, DKG: „...bei denen ein komplexer psychiatrischer psychosomatischer psychotherapeutischer Behandlungsbedarf“....	Schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten können sowohl einen psychiatrischen, als auch einen psychosomatischen als auch einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Oft gibt es Überschneidungen. Das Vorliegen von Komorbiditäten ist eher die Regel als die Ausnahme.	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	1	KBV, DKG, PatV	53	VPKD	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV mit Einfügung KBV, DKG „ <i>psychosomatischer</i> “	Der Zugang zur Behandlung nach dieser RiLi sollte möglichst niedrigschwellig sein.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	KBV, DKG, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Die Definition der GKV, des GKV-SV schließt wichtige Patientengruppen aus, die aber für komplexe Versorgungsfragen einen großen Teil ausmachen. So wird dargestellt, dass eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Richtlinie eine „hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ sei. Krankheitsbewusstsein und Mitwirkungsfähigkeit sind Einflussfaktoren wie auch Folgeerscheinungen schwerer psychiatrischer Verläufe sein kann, gerade hier besteht hoher Hilfebedarf. Für diese Patientengruppe sind niederschwellige Angebote unwahrscheinlich wichtig, auch um Zwangseinweisung oder ähnliche Formen von schwierigen Situationen zu vermeiden. Daher ist dringend davon abzuraten, die Definition des GBK-SV zu nutzen.	
2	1	PatV	56	DDPP	<i>Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: „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</i>	Hier muss das Hilfesystem in Vorleistung gehen. Wenn die Schwelle zu hoch gesetzt wird, werden gerade die PatientInnen ausgeschlossen, deren Versorgung mit den neuen	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die Ergänzungsvorschläge werden in den Tragenden Gründen berücksichtigt. <b>PatV:</b> ggf. Aufnahme in der Tragenden Gründe



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>und bei denen ein komplexer psychiatrischer [KBV/DKG: ,psychosomatischer] oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf [DKG/PatV: nach Absatz 4] besteht, haben Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie. <b>Schwer und komplex psychisch Kranke haben oft krankheitsimmanent oder erfahrungsbedingt (auch aus vergangenen Behandlungen) kein Vertrauen zum Hilfesystem, so dass hier das Hilfesystem mit einem Vertrauensbildungsprozess in Vorleistung gehen muss, damit die PatientInnen erreicht werden, für die diese Richtlinie geschaffen wird.</b></i></p>	<p>Regelungen verbessert werden sollen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die zentrale Aufgabe aller Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist es, die Patientin oder den Patienten einzugehen; die Verankerung eines „Vertrauensbildungsprozess es“ ist daher nicht erforderlich. Er ist bereits Bestandteil der Behandlung. Keine Änderung <b>KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	1	GKV-SV	56	DDPP	<p>Ablehnung von Position GKV-SV <i>„Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit.“</i> Vorschlag ersetzen durch: <b>“Den an der Versorgung Beteiligten soll ermöglicht werden, vertrauensbildend, motivationsfördernd und beziehungsfördernd zu handeln, um</b></p>	<p>Hier wird die Unterversorgung allein auf die Betroffenen attribuiert und ein ungeeignet aufgestelltes Versorgungssystem nicht in die Pflicht genommen. Durch Komm-Struktur und hochschwellige Angebote werden viele schwer</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die zentrale Aufgabe aller Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist es, die Patientin oder den Patienten</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>auch bei initialer Ablehnung von Angeboten durch Betroffene hilfreich tätig werden zu können.“</i>	erkrankte PatientInnen ausgeschlossen und kommen dann mit dem Hilfesystem häufig nur per Zwangseinweisung in Kontakt. „Hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit“ besteht formal bei vielen dieser PatientInnen nicht, da Skepsis gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfen oder ein fehlendes Krankheitsgefühl dem entgegenstehen. Gerade die eigensinnigen und misstrauischen PatientInnen brauchen eine ambulante Komplexleistung, die Vertrauensbildung ermöglicht und ihre oft sehr negativen Erfahrungen mit dem Hilfesystem korrigieren hilft.	einzugehen; die Verankerung eines „Vertrauensbildungsprozess es“ ist daher nicht erforderlich. Er ist bereits Bestandteil der Behandlung.  Keine Änderung <b>KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	1	KBV, DKG, PatV	57	BED	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Dem Gesetzgeberischen Auftrag wird durch diese Definition im vollen Umfang nachgekommen.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§ 2 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	2	KBV, DKG, PatV	01	BÄK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	...Die Auswahl der Patientinnen und Patienten sollte über den Schweregrad der Erkrankung erfolgen und nicht über die spezifische Diagnose. Die Benennung spezifischer Diagnosen als Zugangsvoraussetzung ist nicht notwendig.	<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und

							<p>Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<p>Die Schwere psychischer Erkrankungen ist nur begrenzt durch bestimmte Diagnosen nach ICD-10 beschreibbar. ...</p> <p>Darüber hinaus hängt die Schwere der Erkrankung maßgeblich von dem Ausmaß der hiermit verbundenen Funktionseinschränkungen</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der</p>

					<p>ab. Bei einer Auflistung von einzelnen Diagnosegruppen besteht stets das Risiko, dass willkürliche Einschränkungen vorgenommen werden.</p> <p>Darüber hinaus wird bei der Auflistung der Diagnosegruppen im Vorschlag des GKV-SV bereits insoweit eine zu starke Engführung deutlich, als dass er Diagnosen ausschließt,</p> <p>bei denen häufig ein schwerer Verlauf mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen und einem daraus resultierenden komplexen Behandlungsbedarf auftreten können....</p> <p>Schließlich sei darauf hingewiesen, dass der gesetzliche Auftrag in § 92 Absatz 6b SGB V ohnehin eine Öffnung der Patientengruppe vorsieht und die berufsgruppenübergreifend</p>	<p>Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
--	--	--	--	--	---	--

						e, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere, aber nicht ausschließlich, für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen Behandlungsbedarf in der Richtlinie geregelt werden soll.	
2	2		05	VKD	<p>Es muss grundsätzlich sichergestellt werden, dass der Zugang zu den Systemen gewährleistet ist.</p> <p>Aus unserer Sicht folgt daraus, dass prinzipiell alle psychisch Kranken Zugang haben und die Schwere der Erkrankung erst bei Eingang ins System gemessen wird.</p>		<p><b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen</p>

							<p>Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p>
2	2		05	VKD	<p>Grundsätzlich sind wir der Meinung, dass auch die Erkrankungen aus dem Bereich der Demenz sowie die Abhängigkeitserkrankungen in dieses System einbezogen werden müssen.</p>	<p>Es ist weder begründbar noch nachvollziehbar, warum bestimmte psychische Erkrankungen ausgegrenzt werden.</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler</p>

							<p>Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	06	bpa	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<p>Die von der KBV, DKG und PatV vorgetragene Argumentation ist schlüssig und wird unterstützt. Der Differenziertheit des Auftretens schwerer psychischer Erkrankungen muss Rechnung getragen werden und ein Ausschluss</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die</p>



						<p>von Patienten, die die Leistung benötigen, vermieden werden.</p>	<p>Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	07 13 19 20	DPV BPM SpiZ BVDN	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<b>Alle:</b> Die Nennung einzelner Diagnosen erübrigt sich, da eine Diagnose allein	<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

			<p>24 BVDP                  25 DGPT                  52 IGPS</p>		<p>grundsätzlich keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf und die Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen gibt.</p> <p><b>Alle außer IGPS:</b>                  Bei den im Vorschlag des GKV-SV nicht genannten Diagnosen handelt sich um solche, die durch kurze und abgestimmte Komplexbehandlung in bestimmten Konstellationen ressourcensparend versorgt werden können. Dies trifft insbesondere für die F0-Diagnosen. Besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung können durch ein multiprofessionelles ambulantes Versorgungsangebot stationäre Einweisungen vermieden werden. Die wenig etablierte Versorgung in Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEBS) kann somit niedrigschwellig durch das hier beschriebene Versorgungsangebot ersetzt werden. Nicht</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung</p>
--	--	--	--	--	--	--

					<p>nachvollziehbar ist, warum insbesondere die Diagnosen F23 und F24 nicht enthalten sein sollten, denn gerade hier kann schnelles und abgestimmtes Behandeln Krankheitsverläufe verkürzen.... Bei vielen Diagnosegruppen, die nicht primär den „schweren psychischen Erkrankungen“ zugerechnet werden (z. B. F32.1) besteht wegen Komorbiditäten (z. B. sog. Achse 2-Störungen) auch besonderer Behandlungsbedarf, weil erhebliche psychosoziale Defizite eine Teilhabe am sozialen Leben verhindern und somit zur Chronifizierung beitragen...</p> <p><b>IGPS:</b> Insbesondere kann bei Patienten mit komorbiden somatischen Diagnosen der Behandlungsbedarf nicht aus einer einzelnen Erkrankung aus dem V. Kapitel geschlossen werden. Gerade bei Patienten mit chronischen</p>	<p>nach dieser Richtlinie erhalten. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
--	--	--	--	--	--	---

						Schmerzerkrankungen ist aber eine multidisziplinäre Behandlung indiziert.	
2	2	KBV, DKG, PatV	08	AWO	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV  Die Zielgruppe nicht auf bestimmte Diagnosegruppen aus dem Kapitel F der ICD-10-GM zu begrenzen, halten wir für sachgerecht	...die Schwere einer psychischen Erkrankung (ergibt) nicht allein aus einer bestimmten Diagnose gemäß der ICD-10. Vielmehr sind es eine ganze Reihe umweltbedingter Faktoren, die die Schwere des Verlaufs einer psychischen Erkrankung beeinflussen.	<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen

							<p>Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	09	DVSG	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Der komplexe Behandlungsbedarf ist nicht an Diagnosen gekoppelt.	<p><b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen</p>

							<p>Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	2	GKV-SV	10	AG ADHS	<p>Patienten mit der Diagnose ADHS (F90. Etc.) fehlen</p>	<p>Bei ADHS handelt es sich um eine häufige neurobiologische Erkrankung, die mit Beginn in der frühen Kindheit zu Verhaltensstörungen über die Lebensspanne führt mit u.U. gravierenden Teilhabeinschränkungen. Ein multimodales Therapiekonzept wird in den Leitlinien gefordert. Deshalb darf diese Diagnose in dem Vertrag nicht fehlen.</p>	<p><b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische</p>

							Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.
2	2	KBV, DKG, PatV	11	BFLK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV: Die Anspruchsgrundlage bezieht neben den deutlichen Funktionseinschränkungen das gesamte Diagnosespektrum psychiatrischer Erkrankungen mit ein	Hilfebedarfe sind zwar häufig aber nicht zwangsläufig von der ICD-10 ableitbar, insbesondere der Pflegebedarf ergibt sich oft erst aus den Funktionseinschränkungen	<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-
2	2	KBV, DKG, PatV	12	dgsp	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Auf die Aufzählung einzelner Störungen sollte verzichtet werden, denn grundsätzlich	

						können alle schweren psychischen Störungen bei chronischem Verlauf einen komplexen Hilfebedarf bedingen. Auch die Folgefassungen wie ICD-11 sollen gelten.	F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.
2	2	KBV, DKG, PatV	14	VAKJP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Damit wird die RiLI der Breite an schweren psychischen Erkrankungen und Komorbiditäten gerecht.	
2	2	KBV, DKG, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Dieser Vorschlag ist offen formuliert und umfasst alle psychischen Erkrankungen, die auch chronifizieren können	
2	2		16	DGSP	Einordnung n. Fallgruppen F00 – F99		Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	2	KBV, DKG, PatV	18 53	DGPM VPKD	Weitgehende Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV Vorschlag:	<b>DGPM:</b> Zentrale Eingangskriterien für die berufsgruppenüber-	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Der



					<p>„Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem 5. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM vor.“</p>	<p>greifende, koordinierte und strukturierte Versorgung sollten das psychosoziale Funktionsniveau und der komplexe Behandlungsbedarf darstellen, nicht die deskriptive Ausgestaltung der Symptomatik....</p> <p>Wir sprechen uns gegen den Einschluss der F0-Diagnosen, insbesondere der Demenz aus, da dies Patientengruppe einer spezifischen Versorgungsstruktur bedarf, die eine spezifische diagnostische und therapeutische Kompetenz benötigt. Unseres Erachtens würde der Einschluss der F0-Diagnosen zu einer erheblichen Überforderung des Systems führen, da sehr heterogene Strukturen im Versorgungsnetz zur Verfügung gestellt werden müssten.</p> <p><b>VPKD:</b> Die Behandlung von F0-Diagnosen würde zu hohe Anforderungen an die mit dieser Richtlinie</p>	<p>Ausschluss der F00 bis F09 kann nicht ausreichend begründet werden. Die Netzverbände haben in ihrer Zusammensetzung und Ausgestaltung den besonderen Anforderungen für diese Patientengruppe entsprechend Rechnung zu Tragen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird zugestimmt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird nicht gefolgt, die Diagnosegruppen F00 sollte mit aufgenommen werden.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

						<p>eingeschlossenen Strukturen stellen. Ansonsten sollten Diagnosen kein Eingangskriterium sein, sondern das psychosoziale Funktionsniveau und der komplexe Behandlungsbedarf. Diese Faktoren sind maßgeblich für die Bestimmung der benötigten Behandlungsstruktur (einschließlich des Koordinierungsbedarfs).</p>	
2	2	KBV, DKG, PatV	21 47	Caritas CBP	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV Ablehnung Position GKV-SV</p>	<p><b>CBP:</b> Um die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu dieser Versorgungsform zu gewährleisten kann eine Überweisung oder Empfehlung durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen. <b>Caritas, CBP:</b> Ein Ansatz, der aus dem Spektrum der ICD-10-GM einzelne Indikationen herausgreift, wird den Anforderungen dieser</p>	<p><b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler</p>

						<p>Richtlinie nicht gerecht, denn die Schwere und Komplexität der Erkrankungen der hier definierten Personengruppe beschränkt sich ja gerade nicht auf bestimmte Krankheitsbildern, sondern auf die Einschränkungen in den gesundheitlichen Funktionen und im Alltagsleben. Auch der Verlauf kann intermittierend sein. ...</p> <p><b>Caritas:</b> Die Begrenzung auf die Indikationen der Nummern 1 bis 12 in der Position GKV-SV wird von der Caritas daher strikt abgelehnt.</p> <p><b>CBP:</b> Der CBP lehnt die Begrenzung auf die Indikationen der Nummern 1 bis 12 in der Position GKV-SV ab.</p>	<p>Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	22	BAG GPV	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV</p> <p>Beim Zugang ist darauf zu achten, dass keine verallgemeinerten Ausschlusskriterien verfasst werden, z. B. durch Ausschluss bestimmter Diagnosegruppen.</p>	<p>Die Position ist am umfassendsten ausgearbeitet.</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

							<p>Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	2	GKV-SV	26	VDAB	Ablehnung von Position GKV-SV	Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sind nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten definiert und bedürfen keiner weiteren Klassifikation durch die GKV-SV. Der vorliegende Entwurf ist leistungseinschränkend und wird dem Ziel einer zielgerichteten Leistungsversorgung des Versicherten nicht gerecht.	<b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen

							Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.
2	2	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
2	2	KBV, DKG, PatV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Der Vorschlag des GKV-SV weist zwar die posttraumatische Belastungsstörungen auf, jedoch sollten die im ICD-11 zur Aufnahme anstehenden komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen ergänzt werden. Auch fehlen im Vorschlag des GKV-SV die dissoziativen (F44) und somatoformen Störungen (F45), welche Folge von traumatisierenden Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend sein und zu langfristigen psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen	Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung

						<p>Behandlungsbedarfen führen können. Insgesamt erscheint a...eine Erfassung des Versorgungsbedarfs beschränkt auf nur wenige ICD-10 Kodierungen als zu eng...</p>	<p>des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	29	Diakonie - BeB	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV  Vorschlag:  Ergänzung um <b>die begründete Vermutung als Leistungsvoraussetzung.</b></p>	<p>die Schwere psychischer Erkrankungen (richtet) sich nicht nach der zugrundeliegenden Diagnose ---</p>	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Zu Beginn der Versorgung steht eine entsprechende Diagnostik in deren Verlauf das Vorliegen der Voraussetzungen nach Versorgung, inkl. der Bestätigung, dass eine Diagnose aus dem F-Kapitel vorliegt, nach dieser Richtlinie geprüft wird.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  Der vorgeschlagenen Ergänzung wird jedoch nicht gefolgt, da eine Empfehlung</p>

						<p>oder Überweisung in die Versorgung nach dieser Richtlinie auch bei dem Verdacht auf eine psychische Erkrankung mit komplexem Behandlungsbedarf ausgesprochen werden kann. Die mit der Aufnahme von Patientinnen und Patienten, bei denen lediglich der Verdacht auf die in § 2 genannten Voraussetzungen vorliegt, verbundene Ausweitung birgt die Gefahr, dass der Personenkreis auf den der Gesetzgeber mit seinem Regelungsauftrag abzielte, keinen Zugang zu einer Versorgung nach dieser Richtlinie erhält.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	2		30	SpiFa	Eine Einführung von Diagnosen als Einschlusskriterium bringt sicher	<p><b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



				<p>einen Anreiz-induzierten Effekt mit sich....</p> <p>Anvisiert ist die Population der schwer psychisch Erkrankten, deren Einbettung in ein soziales und berufliches Umfeld fehlt und daher auf besondere Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Selbstverständlich gibt es hier Diagnosehäufungen, vor allem auch bei den „Drehtürpatientinnen“, die möglichst im ambulanten Setting gehalten werden sollen. Insofern ist hier eine diagnosegeleitete Strukturierung, wie der Gesetzgeber es vorschlägt, durchaus erwägenswert.</p> <p>Der Begriff „psychisch schwer erkrankt“ hat viele ausdeutbare Facetten, auf die in dieser Richtlinie nicht eingegangen wird. Das kann eine Stellungnahme in Vollständigkeit dann auch nicht leisten.</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung</p>
--	--	--	--	---	--	---

							nach dieser Richtlinie erhalten.
2	2	KBV, DKG, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Mit der Kodierung einer ICD-10 aus dem fünften Kapitel des ICD-10 Kataloges (F00 – F99) ist ausreichend dargestellt, dass eine Erkrankung aus dem psychiatrischen, psychosomatischen Formenkreis vorliegt.	<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit
2	2	KBV, DKG, PatV	32	DVPG	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Schwere Verläufe psychischer Erkrankungen treten in allen Unterabschnitten des Kapitels F der ICD-10 auf.	
2	2	KBV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV	Der bvvp fordert: Keine Einschränkung auf bestimmte willkürliche F-Diagnosegruppen. ICD-Diagnosen sind ein zu grobes Instrument. Sie unterscheiden vorwiegend nicht nach Schweregraden der Erkrankungen. Schwere Verläufe sind bei jeder F-Diagnose möglich, Komorbiditäten sind die Regel.	

2	2	KBV, DKG, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	2	GKV-SV	36	PIBB	Ablehnung von Position GKV-SV	Bei allen ICD-10-F-Diagnosegruppen gibt es Verläufe, wo die Funktionsfähigkeit zeitweise oder für einen längeren Zeitraum eingeschränkt ist oder wo nach dem ICF Fähigkeitsstörungen vorliegen, die zu einer verminderten Teilhabe in allen Lebensbereichen führen. Daher stellt die Diagnose allein kein sinnvolles Kriterium zur Beschreibung der Zielgruppe dar.	<b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten

							Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.
2	2 und 3	KBV, DKG, PatV	36	PIBB	Vorschlag: <i>„Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F00 bis F99) des ICD-10-GM vor, die zu einer verminderten Teilhabe nach dem ICF führt bzw. einem GAF-Wert von &lt;50 zur Folge hat.“</i>	s.o. Es sollte eine Wahl zwischen beiden Instrumenten möglich sein. Eine deutliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit liegt bei einem GAF-Wert ≤ 50 vor in Analogie zur Voraussetzung der Verordnungsfähigkeit von psych. Pflege und Soziotherapie.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, <b>DKG:</b> es erfolgt jedoch eine Darstellung in mehreren Absätzen. Die Ausführung den GAF mit einem Cut-Off-Wert vorzusehen und den ICF nicht, kann fachlich nicht nachvollzogen werden. <b>KBV:</b> ...nicht jedoch der Einschränkung des Zugangs durch einen GAF-Wert < 50. <b>GKV-SV:</b> Die organischen, einschließlich der symptomatischen

							<p>psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

2	2	GKV-SV	37	BDK	<p>Ablehnung von Position GKV-SV, Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV</p>	<p>Eine Auswahl psychischer Störungen zu treffen, ist willkürlich. Es kann keinen vernünftigen Grund geben, z.B. gerontopsychiatrische Patient*innen mit Demenz auszuschließen. Die Schwere leitet sich zudem aus den Abs. 2 und 3 ab, sodass eine Benennung spezifischer Diagnosen ansonsten überflüssig ist.</p>	<p><b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-</p>
---	---	--------	----	-----	---	--	--

							Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.
2	2	KBV, DKG, PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Die Einschränkung auf einzelne Diagnosen widerspricht dem Grundgedanken der Leitlinie, da prinzipiell jede Erkrankung aus dem ICD-10 F00 – F99 zu einer schweren Erkrankung mit einem entsprechenden Behandlungs- und Versorgungsbedarf führen kann	<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit

							<p>neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	39	BDP	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV</p> <p>Es sollten grundsätzliche alle Erkrankungen aus dem F-Kapitel in Frage kommen (vgl. Vorschlag KBV). Komplex Erkrankte leiden i.d.R. an Komorbiditäten.</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:  <i>„Es liegt ein <b>oder mehrere</b> psychische Erkrankungen aus dem V. Kapitel (F00 bis F99) des ICD-10-GM vor.“</i></p>	<p>I.d.R. liegen bei schwer Erkrankten Komorbiditäten vor, die in der Gesamtschau betrachtet werden müssen. Alle F-Diagnosen können sich zu schwersten Verläufen entwickeln</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, [<b>KBV:</b> aber nicht im Wortlaut] gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Dass mehrere Erkrankungen aus dem F-Kapitel vorliegen können ist selbstverständlich und wird auch nicht ausgeschlossen. Es erfolgt eine Klarstellung in den Tragenden Gründen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der vorgeschlagenen Ergänzung bedarf es nicht, da das Vorliegen einer der genannten psychischen Erkrankungen bereits ausreichend ist, um diese Voraussetzung für eine Versorgung nach dieser</p>



							<p>Richtlinie zu erfüllen unabhängig davon, ob noch weitere Erkrankungen vorliegen. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							nach dieser Richtlinie erhalten. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
2	2	KBV, DKG, PatV	41	APK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Es ist zu begrüßen, dass vom Grundsatz her die meisten psychischen Erkrankungen, insbesondere auch die Suchterkrankungen als Basis für eine Behandlung nach dieser Richtlinie dienen sollen. Allerdings sind die Einschränkungen bei einzelnen Diagnosegruppen, fachlich-inhaltlich nicht begründbar. Es sollte an dieser Stelle (Diagnosebezug) keine Einschränkung vorgenommen werden. Auch Versicherte mit Demenzerkrankung können einen Bedarf an BSKV haben. Der Bedarf an BSKV ergibt sich nicht aus der Diagnose sondern aus der Schwere der Erkrankung und dem komplexen Behandlungsbedarf.	<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die

2	2	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		<p>progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	2		43	DGKJ, DGSP	Diagnosen unter F7 ICD10 explizit mit aufführen	<p>Menschen mit Intelligenzminderung erkranken deutlich häufiger an psychischen Störungen. Durch ihre Einschränkung in Belastbarkeit und adaptiven Strategien sind sie sehr auf Zusammenarbeit im Netzwerk angewiesen</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen, <b>DKG:</b> es sind alle Diagnosen des gesamten F-Kapitels mit umfasst.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da</p>

							<p>neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	44	GNP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<p>Insbesondere auch organische psychische Störungen (F0) können zu schwersten Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

						<p>führen. Die Symptome können z.B.: in Qualität und Schwere denen einer Schizophrenie vergleichbar sein. Viele Patienten aus dem Diagnosespektrum F0 erzielen GAF-Werte unter 40/50. Ebenso wie F0-Störungen können sämtliche psychische Erkrankungen,... zu umfassenden Beeinträchtigungen, die ein multifaktorielles aufeinander abgestimmtes Behandlungskonzept erfordern. Zudem würde eine Einschränkung der berücksichtigten Diagnosen aufgrund häufiger Komorbiditäten in der Praxis regelmäßig zu Unschärfen führen, ob die Richtlinien zur Anwendung kommen kann.</p>	<p>Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<p>Die Auswahl psychischer Störungen durch den GKV-SV ist willkürlich. Das Vorliegen einer deutlichen Beeinträchtigung und eines komplexen Behandlungsbedarfs ist</p>	

						grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen möglich und kann nicht an einzelnen Diagnosen festgemacht werden. Ein Ausschluss etwa von Demenzpatienten ist in keiner Weise gerechtfertigt. Die Beeinträchtigung und der Bedarf leiten sich zudem aus den Absätzen 3 und 4 ab, sodass eine Benennung spezifischer Diagnosen überflüssig ist.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	2	KBV, DKG, PatV	46	Dt. Alzheimer G.	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Auch für weitere als die vom GKV-Vorschlag umfassten Krankheitsbilder wird eine sinnvolle Anwendung dieser Richtlinie gesehen, z.B. für Demenzen mit psychischen Verhaltensänderungen. Gerade bei der Behandlung von Demenzen ist eine multiprofessionelle Herangehensweise wichtig. In der S3-Leitlinie ist sind im Kapitel 3.4 mehrere psychosoziale, nicht-medikamentöse Interventionen zum Einsatz empfohlen, die durch unterschiedliche	

						<p>Berufsgruppen durchzuführen sind. Oft wird von den Betroffenen aber diesbezüglich eine mangelhafte Versorgung sowie wenig Absprachen erlebt. Viele Patienten werden nicht nach der Leitlinie behandelt und mit diesen Interventionen versorgt. Von daher wird mit der Richtlinie ein sinnvoller Einsatz für diesen Personenkreis gesehen, um die Kooperation verschiedener Versorger zu verbessern.</p>	
2	2		47	CBP	<p>Vorschlag zur Ergänzung:  <b>Öffnungsklausel für besondere Fallkonstellationen</b></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>	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, der Ergänzungsvorschlag ist zu unbestimmt.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.  Ziel des gesetzlichen Auftrages ist die Verbesserung der Versorgung insbesondere für schwer psychisch Kranke. Daher scheint es geboten, die Patientengruppe mittels</p>

							<p>geeigneter Kriterien zu beschreiben um insbesondere für diesen Betroffenenkreis eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Die vorgeschlagene Öffnungsklausel birgt jedoch die Gefahr, dass der vom Gesetzgeber identifizierte erneut keinen oder nur einen unzureichenden Zugang in das Versorgungssystem erhält.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	48	DPTv	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf orientiert sich am notwendigen (multiprofessionellen) Hilfsangebot und kann sich über alle Indikationen des F-Kapitels ergeben.	<p><b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  Die organischen, einschließlich der symptomatischen</p>



						<p>Der Ausschluss an Indikationen wie es der GKV-SV vorschlägt, erscheint willkürlich. Störungsbilder allein geben keinen Hinweis auf den Behandlungsbedarf und sind vollumfänglich zu erfassen. Im vorgeschlagenen Indikationskatalog des GKV-SV fehlen wichtige Störungsbilder...</p>	<p>psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	2	KBV, DKG, PatV	49	DVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<p>Zwar sind bei einigen psychischen Störungen (z.B. ICD-10 F20-29) schwere Verläufe mit komplexem Behandlungsbedarf deutlich wahrscheinlicher als bei anderen Störungen, aber der Schweregrad und die Komplexität des Behandlungsbedarfs lässt sich häufig nicht an der Diagnose festmachen. Auch wenn es weniger wahrscheinlich ist, können bei vermeintlich leichteren Störungen... sehr schwere Verläufe vorkommen, die ggf. eine koordinierte ambulante Behandlung erfordern.</p>	

2	2	KBV, DKG, PatV	50	BVSD	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<p>Ein komplexer psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf kann sich über alle Indikationen des F-Kapitels ergeben und sollte interdisziplinäre Behandlungsangebote beinhalten. Für unseren Fachbereich insbesondere die Diagnosen unter dem Kapitel F 45: somatoforme Störungen.</p> <p>An dieser Stelle sind chronisch Schmerzkranken Patient*innen besonders hervorzuheben, bei denen der Anteil schwer psychisch beeinträchtigter Patient*innen nicht unerheblich ist. Ein Ausschluss dieser Patient*innen von einer sinnvollen, multiprofessionellen Behandlung in Wohnortnähe käme einer Diskriminierung dieser Patientengruppe gleich.</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist. Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-</p>
			51	DGPSF			
2	2	KBV, DKG, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<p>Eine Differenzierung der einzelnen F-</p>	

						Diagnosegruppen ergibt ... keinen Mehrwert.	Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	2	GKV-SV	56	DDPP	Zustimmung zu Position GKV-SV Ergänzung: weitere Kriterien müssen hinzugefügt werden (siehe § 2(3)).	Die Schwere einer psychischen Erkrankung hängt i.d.R. eher wenig von der Diagnose und sehr viel mehr von komplizierenden Begleiterscheinungen und negativen Behandlungserfahrungen ab. Dazu gehören einerseits Komorbiditäten, soziale Ressourcen/Bedingungen sowie andererseits unzureichende ambulante Anbindung, stationäre "Drehtüreffekte", und die Erfahrung einer Zwangsbehandlung. Diese sind bei den genannten Diagnosen eher anzutreffen als bei den ausgesparten. Um die Ressourcen einer Komplexbehandlung auch für die PatientInnen zu nutzen, die es am meisten	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Die Schwere psychischer Erkrankungen bestimmt sich nicht ausschließlich nach der zugrundeliegenden Indikation/Diagnose nach ICD-10, sondern insbesondere nach den Einschränkungen, die Patientinnen und Patienten durch ihre Erkrankung erfahren. Diese sind häufig von wechselhaften Verläufen gekennzeichnet, so dass auch bei gesicherter Diagnose einer psychischen Erkrankung der Grad der Einschränkung wesentliches und bestimmendes Merkmal der Geeignetheit für die Behandlung nach Maßgabe dieser Richtlinie

						<p>brauchen, sind hier klare Auswahlkriterien nötig.</p>	<p>ist. Aus diesem Grund wird in Absatz 2 auf eine arbiträre und im Einzelfall nicht zufriedenstellend begründbare Eingrenzung der Erkrankungen auf ausgewählte Indikationen des fünften Kapitels der ICD-10 verzichtet und als eine von drei Voraussetzungen für den Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie die Indikationen F00 bis F99 benannt.</p> <p><b>KBV:</b> ...da die Bewertung der Schwere der Erkrankung durch berufserfahrene, qualifizierte Gesundheitsberufe im Einzelfall sichergestellt wird.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der vom Stellungnehmer angeregten Ergänzung einer Kriterienliste wird nicht gefolgt. Die Kriterienliste ist zwar in vielen Punkten nachvollziehbar; sie steht jedoch im Widerspruch zum gesetzgeberischen Auftrag der insbesondere für schwer</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							psychisch Erkrankte eine neue Versorgungsform schaffen will.  Keine Änderung
2	2	KBV, DKG, PatV	57	BED	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Dem Gesetzgeberischen Auftrag wird durch jene Beschreibung im vollen Umfang nachgekommen.	<b>DKG, KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F00-F09) werden nicht in die Definition der Patientengruppe eingeschlossen, da neurologische Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen einer individualisierten Therapie und spezifischen Versorgungsstruktur bedürfen, die jeweils auf die progrediente Veränderung des Schweregrades der Erkrankung abgestimmt ist.

Stand: 12.07.2021

							<p>Versicherte mit neurologischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich eine weitere Erkrankung aus den ICD-Kapiteln F10-F99 vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

§ 2 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	3	KBV, DKG, PatV	01	BÄK	<p>Wir schlagen einen GAF-Grenzwert von 50 vor, um die Gruppe der Patienten auf die schwer- und schwerstkranken Menschen zu begrenzen.</p> <p>Zustimmung zu Position von KBV, DKG und PatV.</p>	<p>Die Richtlinie soll die Versorgung insbesondere von schwer psychisch kranken Menschen verbessern. Diesem Auftrag muss bei der Festlegung des GAF-Grenzwertes Rechnung getragen werden.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem Instrument und die Reduktion des Ergebnisses auf Zahlenwerte täuschen eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Zustimmung zur Verwendung der GAF-Skala und der Festlegung eines Grenzwertes.</p> <p>Schwer psychisch Erkrankte können Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V oder Soziotherapie</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>gemäß § 37a SGB V erhalten. Zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens <math>\leq 50</math>)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Bewertung der individuellen Fallkonstellation durch berufserfahrene Fachkräfte eine patientenadäquate Bewertung sicherstellt.</p>
2	3	KBV, DKG	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Der Einsatz der GAF-Skala ist in diesem Zusammenhang eine Option, die sich aufgrund des hohen	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Verbreitungsgrades des Instruments in der Versorgung und deren Nutzung im Zusammenhang mit der Verordnung von Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege anbietet. Allerdings wird die gemeinsame Abbildung der sozialen und beruflichen Funktionsbeeinträchtigungen sowie der Symptomschwere über die GAF-Skala durch einen einzigen Wert in der wissenschaftlichen Literatur kritisch diskutiert... Die modifizierte GAF-Skala ..., bei der die Symptombelastung, die sozialen und beruflichen Funktionsbeeinträchtigungen separat erfasst werden, kann hierfür eine sinnvolle</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar. Die Festlegung eines Grenzwertes erscheint dringend geboten, da sich die Versorgung nach dieser Richtlinie an Menschen mit krankheitsbedingten Schwierigkeiten zur Teilhabe richtet. Erkrankte, bei denen dies nicht der Fall ist, benötigen keine unterstützende Tätigkeit einer koordinierenden Person; entsprechend</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Option darstellen, wie auch das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen, der WHO-Disability Assessment Schedule oder die Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). Eine ausschließliche Fokussierung auf einen spezifischen Grenzwert der eindimensionalen GAF-Skala wird ... der Komplexität der mit einer psychischen Erkrankung einhergehenden Symptonschwere und Funktionsbeeinträchtigungen nicht gerecht.... Entscheidend sollte daher ...sein, ob gemäß dem klinischen Urteil der untersuchenden Ärzt*in</p>	<p>müssen die Zugangskriterien klar gefasst sein.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						oder Psychotherapeut*in deutliche Beeinträchtigungen der psychosozialen Funktionen vorliegen. Ergänzend sollte lediglich die systematische Erfassung des Ausmaßes der Funktionsbeeinträchtigungen und der Symptomschwere durch geeignete Instrumente vorgeschrieben werden,..	
2	3	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25 52	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT IGPS	Zustimmung zu Position KBV, DKG	<b>BVDP:</b> Wenn ein Netz bereits z. B. den Mini-ICF verwendet und die Netzteilnehmer hiermit lange vertraut sind, wäre es nicht sinnvoll, sie zum Wechsel zur GAF-Skala zu zwingen bzw. vice versa. Neu entstehende Netze sollten die Entscheidung treffen können, welches Instrument sie verwenden	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>wollen. Beide Instrumente gleichzeitig innerhalb eines Netzes zu verwenden wird jedoch nicht als sinnvoll erachtet.</p> <p><b>Alle außer IGPS:</b> Da der GAF-Wert das psychosoziale Funktionsniveau nicht ausreichend abbildet, soll die Anwendung des Mini-ICF-P (Mini-ICF-Rating für psychische Störungen Erwachsener) bindend erfolgen.</p> <p>Insbesondere psychosoziale Defizite, die mit einer psychischen Erkrankung einhergehen, sind für die Erschwernisse des Patienten verantwortlich, die passgenaue und leitliniengerechte Behandlung zu erhalten.</p>	<p>psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.</p> <p>Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Deswegen sollte die Identifizierung dieser Defizite mittels eines geeigneten Instrumentes erfolgen, wie es der Mini-ICF-P ist. Insbesondere in der Transitionsphase bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt diesem Umstand besondere Bedeutung zu.</p> <p><b>IGPS:</b></p> <p>Der GAF-Wert bildet das psychosoziale Funktionsniveau nicht ausreichend ab.</p> <p>Die Anwendung des Mini-ICF sollte bindend erfolgen.</p>	
2	3	KBV, DKG	09	DVSG	Zustimmung zu Position KBV, DKG Variable Instrumente zur Erfassung von Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen sollen eingesetzt werden. Geeignet sind hierfür insbesondere das Mini ICF Rating, die GAF Skala (Wert <50)	<p>Teilhabeeinschränkungen müssen bei der Krankenbehandlung ausreichend berücksichtigt werden.</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem Instrument und</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>die Reduktion des Ergebnisses auf Zahlenwerte täuschen eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar. Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.  Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
2	3	KBV, DKG	11	BFLK	Vorschlag: <i>„Es liegen deutliche Einschränkungen ... vor. <b>In Verbindung mit der fachärztlichen Gesamteinschätzung sollen Einschätzungsinstrumente z.B. die GAF-Skala ergänzend hinzugezogen werden.</b>“</i>	Um den individuellen Krankheitsverläufen gerecht zu werden, sollte das fachärztliche Gesamturteil führend sein, die Anwendung von Einschätzungsinstrumente sollte daher der Urteilssicherung dienen. Die GAF-Skala kann als Beispiel genannt werden, es sollte aber beachtet werden, dass es weitere Instrumente gibt.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Die Zielstellung des Ansatzes kann nicht nachvollzogen werden. <b>GKV-SV:</b> Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	3	KBV	12	dgsp	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Ein unspezifisches Universalinstrument wie die GAF kann nur eine globale Einschätzung erlauben; für die Versorgungsplanung wird eine spezifischere Erfassung gem. ICF erforderlich sein	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	3	KBV, DKG	14	VAKJP	Zustimmung zu Position KBV, DKG	<p>Aus der klinischen Erfahrung heraus wird die Beurteilung des Schweregrads durch die GAF (Global Assessment Functioning Scale) und das Mini-ICF für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen empfohlen.</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar. Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	3	KBV, DKG	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Dieser Vorschlag beinhaltet auch das Mini-ICF-Rating; damit werden auch psychische Beeinträchtigungen und Behinderungen erfasst	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>gemäß § 37a SGB V dar. Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	3	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV Berücksichtigung sekundärer und tertiärer Prävention	Vielfach verwendeter Beurteilungsansatz	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Zustimmung zur Verwendung der GAF-Skala und der Festlegung eines Grenzwertes.</p> <p>Schwer psychisch Erkrankte können Leistungen der psychiatrischen häuslichen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Krankenpflege gemäß § 37 SGB V oder Soziotherapie gemäß § 37a SGB V erhalten. Zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Reduktion auf ein Bewertungsinstrument nicht sachgerecht erscheint.</p>
2	3	PatV	18	DGPM	Zustimmung zu Position PatV	... Eine fehlende Einschränkung der Patienten ohne Cut-off-Wert im GAF würde die strukturierte und	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Zustimmung zur Verwendung der GAF-Skala</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>koordinierte Versorgung für eine sehr große Patientengruppe öffnen, die kaum eine personalintensive strukturierte und koordinierte Versorgung benötigt. Es besteht die Gefahr, dass diese Gruppe die personellen Ressourcen von der Versorgung psychosozial schwer beeinträchtigter Patienten abziehen würde und somit eine Fehlversorgung entstehen könnte.</p>	<p>und der Festlegung eines Grenzwertes. Schwer psychisch Erkrankte können Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V oder Soziotherapie gemäß § 37a SGB V erhalten. Zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Reduktion auf ein Bewertungsinstrument nicht sachgerecht erscheint.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	3	KBV, DKG	21 47	Caritas CBP	Zustimmung zu 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 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	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar. Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Zahlenwertes der GAF-Skala, da die Zahlen eine Objektivität vortäuschen, die aufgrund der Komplexität faktisch nicht gegeben ist.	zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.  Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
2	3	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV	Es ist grundsätzlich sinnvoll, beide Fremdeinschätzungsinstrumente, sowohl MINI-ICF als auch GAF-Skala verwenden zu können. Beide Instrumente sind verbreitet und aussagekräftig. Wenn ein Netz bereits z. B. den Mini-ICF verwendet und die Netzteilnehmer hiermit lange vertraut sind, wäre es nicht sinnvoll, sie zum Wechsel zur GAF-Skala zu zwingen...Neu entstehende Netze sollten die Entscheidung treffen können, welches	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar. Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Instrument sie verwenden wollen...</p> <p>Da der GAF-Wert das psychosoziale Funktionsniveau im Gegensatz zum Mini ICF nicht ausreichend abbildet, soll neu entstehenden Netzen die Anwendung des Mini-ICF empfohlen werden...</p>	<p>dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Reduktion auf ein Bewertungsinstrument nicht sachgerecht erscheint.</p>
2	3	PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position PatV	Die Kriterien sollten möglichst einheitlich sein.	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Zustimmung zur Verwendung der GAF-Skala und der Festlegung eines Grenzwertes.</p> <p>Schwer psychisch Erkrankte können Leistungen der psychiatrischen häuslichen</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Krankenpflege gemäß § 37 SGB V oder Soziotherapie gemäß § 37a SGB V erhalten. Zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Reduktion auf ein Bewertungsinstrument nicht sachgerecht erscheint.</p>
2	3	KBV, DKG	28	UBSKM	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG</p> <p>Ergänzung:</p> <p>Die ...genannten Fremdeinschätzungsinstrumente sind nicht ausreichend, um die Vielfalt an</p>	<p>...Der Einsatz von Fremdeinschätzungsinstrumenten mit Cut-Off Score und ohne Berücksichtigung des klinischen Urteils</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Formulierung lässt die Auswahl auch anderer</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Funktionsniveaus und Beeinträchtigungen patientenindividuell abzubilden und müssen um Instrumente ergänzt werden, die auch neurologische und somatische Einschränkungen aufgrund von z.B. somatoformen Störungsbildern erfassen. Aufgrund der Vielfalt der patientenindividuellen Beeinträchtigungen erscheint es UBSKM als sachgemäß, die Aufnahme in die Versorgung nach dieser Richtlinie auch auf Basis eines klinischen Urteils eines*einer Ärzt*in oder Psychotherapeut*in ohne Fremdeinschätzungsinstrumente zu ermöglichen...</p> <p>bei einer Festlegung von Cut-Off Scores (sollte) darauf geachtet werden sollte, dass der Score nur bei Aufnahme des*der Patient*in die Versorgung nach dieser Richtlinie vorliegen muss. Eine spätere Verbesserung darf nicht dazu führen, dass der*die Patient*in aus der Versorgung im Netzverbund herausfällt.</p>	<p>eines*einer Behandler*in birgt das Risiko, dass Patient*innen, die eine Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie benötigen, wieder in derzeit bestehende Versorgungsformen übergeleitet werden. ...kann dies zu unfreiwilligen Therapieabbrüchen und -unterbrechungen führen, welche als Folge oftmals stationäre Aufenthalte für die betroffenen Patient*in notwendig machen....</p>	<p>Instrumente zur Einschätzung offen.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Zustimmung zur Verwendung der GAF-Skala und der Festlegung eines Grenzwertes.</p> <p>Schwer psychisch Erkrankte können Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V oder Soziotherapie gemäß § 37a SGB V erhalten. Zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Keine Änderung
2	3		29	Diakonie - BeB	In Absatz (3) wäre zu prüfen, ob eine schwere Symptomatik und eine bestehende krankheitsbedingte geringe Mitwirkungsfähigkeit Ausgangspunkt der koordinierten Behandlungsleistung sein können.		<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Aufnahme einer geringen Mitwirkungsfähigkeit als Ausgangspunkt für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist nicht nachvollziehbar, da ein gewisses Maß an Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit des Erkrankten vorliegen muss, um an den notwendigen Behandlungen in der erforderlichen Weise teilzunehmen. Es liegt in der Verantwortung des Netzverbundes zu prüfen, ob und wenn ja, welche</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Behandlungsmaßnahme bei der jeweils vorliegenden Art und Ausprägung der psychischen Störung erforderlich ist.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
2	3		30	SpiFa	<p>Aber auch eine Funktionsskala wie die GAF-Skala erfasst nur einen Teilaspekt, mehr nicht.</p> <p>Es erfolgt offensichtlich aufgrund fehlender valider Kriterien für den der gesamten Richtlinie zugrunde liegenden Begriff der „schweren“ psychischen Erkrankung hilfsweise eine Gleichsetzung mit der Inanspruchnahmeberechtigung für Soziotherapie....</p> <p>Die GAF Skala ... ist extrem oberflächlich und äußerst subjektiv in der Beurteilung. Dass im Beschlussentwurf sehr verschiedene Levels ausgewiesen sind, beweist</p>		<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					bereits die hohe Variabilität in der subjektiven Verwendung des Begriffs der „schweren psychischen Erkrankung“.		etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar. Keine Änderung
2	3	KBV, DKG	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: <i>„b.) die Global Assessment of Functional Scale (GAF-Skala) mit einem Wert von höchstens 50 als Indikationskriterium.“</i>	Es empfiehlt sich, für die Wahl des Fremdeinschätzungsinstruments dem Netzwerkverbund Wahlmöglichkeiten zu lassen. Eine Nennung von zwei Beispielen mit dem Vermerk „insbesondere“ gibt bereits ausreichend Hilfestellung.	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Die Reduktion des Ergebnisses bei der Erfassung komplexer Erkrankungszustände auf Zahlenwerte täuscht eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	3	PatV	32	DVPG	Zustimmung zu Position PatV	Ein GAF-Wert $\leq 50$ ist hier angemessen und ausreichend.	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Reduktion des Ergebnisses bei der Erfassung komplexer Erkrankungszustände auf Zahlenwerte täuscht eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Zustimmung zur Verwendung der GAF-Skala und der Festlegung eines Grenzwertes.</p> <p>Schwer psychisch Erkrankte können Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V oder Soziotherapie gemäß § 37a SGB V erhalten. Zur Vermeidung einer differierenden Definition der</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Patientengruppe sollte derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da arbiträre Cut-Off-Werte weder dem Diagnosespektrum noch der Vielzahl der individuellen Fallkonstellationen gerecht werden können.</p>
2	3		33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV		<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	3		37	BDK	<p>Die GAF-Skala ist akzeptabel, ein Score &lt; 50 aber für den ambulanten Bereich zu niedrig.</p> <p>Ziel der RL ist dagegen eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten (sh §1 Absatz 2 (3) )</p> <p>Angemessen ist ein Score &lt; 60.</p>	<p>Mit dem Versorgungsangebot soll auch erreicht werden, dass Patient*innen nicht (teil)stationär behandelt werden müssen. Wenn man aber erst mit einem GAF &lt; 50 das Angebot in Anspruch nehmen kann, werden zahlreiche Betroffene keine ausreichende ambulante Hilfe bekommen und zuletzt doch eingewiesen werden müssen. Definition 50-41: Ernste Symptome (z. B Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, ...) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit ...</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Reduktion des Ergebnisses bei der Erfassung komplexer Erkrankungszustände auf Zahlenwerte täuscht eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar; zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Sofern GAF als alleiniges</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Bewertungsinstrument festgelegt wird: Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
2	3	GKV-SV PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Es sollte ein einheitliches Fremdeinschätzungsinstrument zum Einsatz kommen	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem einheitlichen Instrument und die Reduktion des Ergebnisses auf Zahlenwerte täuschen eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	3	KBV, DKG	39	BDP	Den Vorschlag, ein ICF-Rating einzubeziehen, erachten wir als sinnvoll. Zusätzlich muss jedoch gewährleistet sein, dass bei Diagnostik und Indikationsstellung aktuelle und wissenschaftlich fundierte, international verwendete diagnostische Verfahren angewendet werden und die Relevanz der besonderen Maßnahme widerspiegeln. Die verschiedenen diagnostischen Ergebnisse sollten zum Zwecke einer validen Eingangsdagnostik standardmäßig innerhalb des Netzwerkes erfasst, ausgetauscht und beurteilt werden. Feste Cut-Off Werte halten wir für nicht zielführend – sie könnten allerdings als Orientierungswerte vorgegeben werden.	Sich „unflexibel“ auf Cut Off Werte und Diagnoseinstrumente festzulegen, widerspricht einem sich weiterentwickelnden, wissenschaftlichen Diagnostikverständnis. Diagnostische Verfahren liefern i.d.R. nur unterstützende Daten - neben der Beurteilung der Behandelnden.	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar. Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
2	3	KBV, DKG	41	APK	<p>Hier ist am ehesten der Position von KBV und DKG zu folgen, aber auch diese Position ist aus fachlicher Sicht zumindest fragwürdig, da zu schematisch und in vielen Fällen in die Irre führend. Der Begriff Fremdeinschätzung sollte nicht verwendet werden, die Einschätzung folgt im erheblichen Teilen den Angaben der Patientin/des Patienten.</p>		<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar. Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
2	3	PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem Instrument und die Reduktion des Ergebnisses auf Zahlenwerte täuschen eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar; zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.  Keine Änderung
2	3	GKV-SV, PatV	43	DGKJ, DGSP	Orientierung an ICF statt GAS, wie bei KBV/DKG ausgeführt	Die ICF dient als „gemeinsame Sprache“ der besseren Verständigung mit Leistungserbringern außerhalb des SGB V	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem einheitlichen Instrument täuscht eine Objektivität dieses einen Instrumentes vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines einheitlichen Instrumentes bewusst verzichtet.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.</p> <p>Keine Änderung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.
2	3	KBV, DKG	44	GNP	<p>Das Kriterium der Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen ist zu betonen. Die Operationalisierung über einzelne Skalen sollte flexibel sein und ein Fremdeinschätzungsverfahren berücksichtigen.</p> <p>Daher schlagen wir vor, auf die <b>Nennung konkreter Verfahren zu verzichten</b>, auch um sich dem medizinisch-wissenschaftlichem Fortschritt nicht zu verschließen.</p>	<p>Ausschlaggebend für die Einschätzung der Einschränkungen sollte die klinische Expertise sein, durch die eine eindeutige Beschreibung und Klassifikation möglich ist. Unterstützend sollten für den Einzelfall geeignete psychometrische Verfahren herangezogen werden. Dies können standardisierte Fremdbeurteilungsverfahren und testpsychologische Instrumente sein.</p> <p>Wir lehnen die zwingende Quantifizierung durch festgelegte Verfahren und die Festlegung von Grenzwerten ab. Die vorgeschlagenen Skalen</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankensversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						vereinfachen komplexe Sachverhalte unzulässig und suggerieren eine Pseudogenauigkeit ab. So ist der GAF konzeptionell veraltet (1989) und bildet Beeinträchtigungen durch neuro-kognitive, soziokognitive und metakognitive Symptome nur sehr unscharf ab. So kann z.B. komplexer Behandlungsbedarf auch bei einem GAF > 50 bestehen.	die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.  Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	3	alle	45	DGPPN	Die Verwendung der GAF-Skala wird befürwortet. Der Grenzwert muss aber auf einen GAF-Wert von mindestens 60 angehoben werden	Ein GAF < 50 ist für den ambulanten Bereich zu niedrig angesetzt. Das neue Versorgungsangebot soll dazu beitragen, stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Dafür müssen aber auch Patienten nach der Richtlinie versorgt werden können, die in einzelnen	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem Instrument und die Reduktion des Ergebnisses auf Zahlenwerte täuschen eine Objektivität

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Lebensbereichen (noch) relativ gut funktionieren ... Ein Grenzwert von 50 würde bedeuten, dass nur Patienten mit ernstesten Symptomen (z. B. Suizidgedanken) ODER einer Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit erreicht werden können. Diese Patienten sind bereits so schwer beeinträchtigt, dass sich ein vorbeugender Effekt der Versorgung nach der Richtlinie nur noch begrenzt entfalten könnte. Auch wenn im Verlauf eine Verbesserung in einem einzelnen Lebensbereich ...eintritt, müsste demnach die koordinierte Versorgung abrupt enden, was eine nachhaltige</p>	<p>vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Stabilisierung konterkarieren würde.</p> <p>Die Zielgruppe der Richtlinie sind laut Gesetzestext „insbesondere“ schwer psychisch kranke Versicherte. Diese Formulierung macht deutlich, dass Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen sowie solche, die mit großer Wahrscheinlichkeit zukünftig eine schwere psychische Erkrankung entwickeln könnten, adressiert werden sollen. Diesem Auftrag muss bei der Festlegung des GAF-Grenzwertes insofern Rechnung getragen werden, dass auch im Grenzbereich einer Beeinträchtigung im Bereich von 51-60 GAF-</p>	<p>Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar; zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Sofern GAF als alleiniges Bewertungsinstrument festgelegt wird: Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Punkten eine Versorgung nach der Richtlinie möglich sein muss.	
2	3	KBV	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV: Die Erfassung der Schwere einer psychischen Erkrankung anhand bestehender Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen wird geteilt und liegt in der Kompetenz von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen.	Neben der Diagnose aus dem F-Kapitel des ICD 10 werden der Bezugärztin/dem Bezugsarzt, der Bezugpsychotherapeutin/ dem Bezugpsychotherapeuten zur Beurteilung der deutlichen Einschränkung in „verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen“ beispielhaft Fremdeinschätzungsinstrumente aufgezeigt. Diese können eingesetzt werden, um den Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie einzuschätzen. Die Entscheidung obliegt den oben aufgezählten	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten. Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Fachgruppen in Absprache mit den Patient*innen. Die vom GKV-SV vorgeschlagene ausschließliche Orientierung an einem GAF-Wert von 40 (höchstens ≤50) unterliegt erheblichen subjektiven Einschätzungsfehlern. Die vorgeschlagene Skala ist ungenau und als alleinige Entscheidungshilfe nicht geeignet. Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Aufnahme in die Versorgung nach dieser Richtlinie findet sich im geeinten § 2 Abs. 4...</p>	<p>psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.</p> <p>Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	3	KBV, DKG	49	DVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Wir sprechen uns hier gegen die einseitige Vorgabe einer einzigen Fremdbeurteilungsskala (GAF) zur Erfassung und Beschreibung des	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Schweregrades aus. Es sollten deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen. Dies sollten durch das klinische Urteil des/der Bezugstherapeut*in festgestellt werden. Dabei sollen standardisierte Fremdeinschätzungsinstrumente (z.B. GAF-Rating oder Mini-ICF-APP) Verwendung finden. Da kein spezifisches Instrument vorgeschrieben werden sollte, kann hier auch kein einheitlicher Mindestwert angegeben werden.</p>	<p>Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	3	PatV	53	VPKD	Zustimmung zu Position PatV	<p>Erst ab einem GAF-Wert <math>\leq 50</math> liegt ein so erhebliche psychosoziale Funktionseinschränkung vor, dass ein entsprechendes und strukturiertes und koordiniertes Vorgehen notwendig wird. Bei Zulassung eines höheren GAF-Wertes würde die Richtlinie einem zu breitem Patientenkreis zugänglich gemacht. Es kämen so PatientInnen in die Versorgung nach dieser Richtlinie, die einer so ressourcenintensiven Versorgung nicht bedürfen. Es besteht die Gefahr, dass weniger schwer erkrankte PatientInnen sich durch die Strukturen dieser RiLi in ihrer Patientenautonomie und Partizipation beeinträchtigt fühlen. Dies</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem Instrument und die Reduktion des Ergebnisses auf Zahlenwerte täuschen eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Zustimmung zur Verwendung der GAF-Skala und der Festlegung eines Grenzwertes; zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						könnte zu geringerer Inanspruchnahme und schwereren Krankheitsverläufen bei diesen PatientInnen führen.	derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden.  Keine Änderung <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
2	3	KBV, DKG	55	DFPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Schwere psychische Erkrankungen oder Leiden, die aufgrund einer solchen Erkrankung auftreten können, sind schwer über einen Cut-off-Wert psychometrischer Instrumente zu bestimmen. Das Global Assessment of Functioning (GAF) ist sicherlich ein Näherungsinstrument, als	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>ein-ziges Instrument hier zu unspezifisch. Der ICF oder auch der Mini-ICF beschreibt Funktionseinbußen oder Behinderung auf unterschiedlichen Dimensionen des Lebens.</p>	<p>in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.</p> <p>Keine Änderung</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
2	3		56	DDPP	<p>Vorschlag: Neufassung § 2 Absatz 3: <i>„Es liegen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vor. Die Erfassung erfolgt durch eine Kombination aus</i></p>	<p>Ein querschnittliches Fremdrating (GAF o. Mini-ICF) kann immer nur ein Anhaltspunkt sein und ist deswegen als alleiniges Kriterium nicht</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> um die Handhabbarkeit der Feststellung der Kriterien</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><b>einem Fremdeinschätzungsrating (z.B. GAF kleiner gleich 50) und Kriterien der bisherigen Behandlung, mind. zwei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>häufige stationäre Behandlungen</b></li> <li>● <b>Zwangsbearhandlungen</b></li> <li>● <b>wdh. Behandlungsabbrüche</b></li> <li>● <b>kein Zustandekommen einer indizierten kontinuierlichen ambulanten Behandlung/ Versorgung</b></li> <li>● <b>Suizidversuche</b></li> <li>● <b>aggressives Verhalten/ drohende forensische Unterbringung</b></li> <li>● <b>Erstmanifestation einer psychotischen Erkrankung“</b></li> </ul>	<p>ausreichend. Aussagekräftiger sind objektivierbare Erfahrungen aus der Vorgeschichte, wie wiederholte Aufnahmen, Zwangsbehandlungen und Behandlungsabbrüche.</p>	<p>nicht zu verkomplizieren und somit zu gewährleisten.  <b>GKV-SV:</b> Die Festlegung klarer Zugangskriterien erscheint dringend geboten, um insbesondere für schwer psychisch Erkrankte mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen eine zielgerichtete Versorgung zu gewährleisten.  Die GAF-Skala ist bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert und stellt zudem ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V dar.</p> <p>Keine Änderung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> die obligate Anwendung eines Fremdeinschätzungs-instruments wird abgelehnt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
2	3	PatV	57	BED	Zustimmung zu Position PatV	<p>Die prägnante Formulierung sorgt für Eindeutigkeit und Klarheit. Die Ausführungen in den Tragenden Gründen überzeugen.</p>	<p><b>DKG, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Erfassung komplexer Erkrankungszustände mit nur einem Instrument und die Reduktion des Ergebnisses auf Zahlenwerte täuschen eine Objektivität vor, die so nicht existiert. Aus diesem Grund wird in der Richtlinie auf die Angabe eines Cutoff-Wertes bewusst verzichtet.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Zustimmung zur Verwendung der GAF-Skala und der Festlegung eines Grenzwertes; zur Vermeidung einer differierenden Definition der Patientengruppe sollte derselbe Grenzwert (Orientierungswert von 40 (höchstens ≤ 50)), wie in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie und in der Soziotherapie-Richtlinie des G-BA genutzt werden. Keine Änderung

§ 2 Absatz 4

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	4		02	BPtK	Zustimmung	sachgerecht,	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	4		05	VKD	Die beabsichtigte Verknüpfung der vorstehenden Bestimmungen mit einer Vergütung nach EBM und anderen Zulassungsvoraussetzungen durch die KV würde das System der PIAs in akute Gefahr bringen.	Auch die Bedarfsfeststellung durch die KV ist schon heute ausgesprochen schwierig.	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden gemäß § 87 Absatz 2a SGB V durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen.  Keine Änderung
2	4		16	DGSP	Zustimmung Berücksichtigung sekundärer und tertiärer Prävention		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
2	4		22	BAG GPV	Zustimmung		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
2	4		42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung
2	4		47	CBP	Vorschlag zur Ergänzung: <i>„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 <b>oder absehbar</b> ist.“</i>	...in der Formulierung (fehlt) 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	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> um ausreichend Klarheit der Regelungen zu erreichen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat mit der Regelung in § 92 Absatz 6b SGB V psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf adressiert; dieser komplexe Behandlungsbedarf macht es erforderlich, dass mindestens zwei Behandlungsmaßnahmen bereits notwendig und nicht nur absehbar sind.  Keine Änderung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						sollte dies optional gehandhabt werden. Im Sinne schneller und niedrigschwelliger Zugänge muss hier bereits präventiv bzw. bei Ersterkrankung agiert werden können.	<b>KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, <b>KBV:</b> aber nicht im Wortlaut.
2	4		56	DDPP	Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels ...pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung ...gemäß § 3 notwendig ist. <b>Insbesondere liegt ein komplexer ambulanter Behandlungsbedarf vor, wenn mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sind: ...siehe Vorschlag in § 2(3).“</b></i>		<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> um die Handhabbarkeit der Feststellung der Kriterien nicht zu verkomplizieren und somit zu gewährleisten. <b>GKV-SV:</b> Der vom Stellungnehmer angeregten Ergänzung einer Kriterienliste wird nicht gefolgt. Die Kriterienliste ist zwar in vielen Punkten nachvollziehbar; sie steht jedoch im Widerspruch zum gesetzgeberischen Auftrag der insbesondere für schwer

Stand: 12.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							psychisch Erkrankte eine neue Versorgungsform schaffen will. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

**§ 3 Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer**

**§ 3 Absatz 1**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	1		07	DPV	Grundsätzlich Zustimmung – wir halten aber einen ergänzenden Hinweis für notwendig, dass die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten der in der Folge aufgeführten berechtigten Facharztgruppen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten freiwillig erfolgen soll, ...	...damit mit den intendierten Versorgungsnetzen durch das besondere Engagement der sich daran beteiligenden Behandler nachhaltige und gute Behandlungserfolge erzielt werden können.	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Teilnahme der Leistungserbringerinnen und –erbringer an einem Netzverbund ist freiwillig, dies muss nicht gesondert geregelt werden.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p>
3	1	KBV, DKG, PatV	07 13 19	DPV BPM SpiZ	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Da in der Folge Facharztbezeichnungen aufgeführt werden, ist die	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			20 24 25 52	BVDN BVDP DGPT IGPS		Reihenfolge der Nennung hier logischer.	<b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
3	1		10	AG ADHS	Kinder- und Jugendärzte fehlen	Kinder – und Jugendärzte sind bei der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen oft der erste und in ländlichen Gebieten auch oft der einzige Ansprechpartner. Das Angebot ist bei diesen niederschwellig und zeitnah. Deswegen dürfen KJÄ in diesem Vertrag nicht fehlen. Für ADHS könnten wir uns vorstellen als zusätzliche Qualifikation einen entsprechenden Nachweis über die fachliche Qualifikation	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Fokus liegt auf der Versorgung von Menschen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie richtet sich an Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Der G-BA wird zeitnah nach der Beschlussfassung mit der Erarbeitung einer Richtlinie für Kinder und Jugendliche beginnen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						teilnehmender KJÄ zu fordern. Hierbei könnten wir als AG mitwirken.	Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
3	1		16	DGSP	Zustimmung, wenn Ergänzung um Psychotherapeut*innen		<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.
3	1		22	BAG GPV	Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Teilnahmeberechtigt an dieser Richtlinie sind auch Leistungserbringer, die einen Vertrag nach SGB IX zur Erbringung von Leistungen zur Sozialen Teilhabe abgeschlossen haben, wenn sie gleichzeitig auch Leistungen nach SGB V und/oder XI erbringen.“</i>	Es wäre im Rahmen einer regionalen Versorgungs- und Behandlungskontinuität erforderlich, Leistungsanbieter aus der Sozialen Teilhabe nach SGB IX nicht von vornherein auszuschließen. Es macht Sinn sie zu beteiligen, vor	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Gemäß § 3 Absatz 6 können die angesprochenen Leistungserbringer einbezogen werden. <b>GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>allein wenn sie einen SGB V oder XI Vertrag haben und somit auch in diesen Rechtskreisen aktiv sind.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> da der verbindliche Einbezug von Leistungserbringern außerhalb des SGB V nicht vom Mandat dieser Richtlinie umfasst ist.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	1		28	UBSKM	<p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>„Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin</b></li> <li>- <b>Fachärzt*innen für Innere Medizin</b></li> <li>- <i>Fachärzt*innen für Neurologie</i></li> <li>- <b>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen</b></li> <li>- <b>Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie“</b></li> </ul>	<p>Diese Berufsgruppen gehören zu dem Behandlungsspektrum bei Menschen mit Traumafolgestörungen, z.B. bei somatoformen Störungen bzw. bei jungen Erwachsenen im Transitionsalter, und sollten dementsprechend gleichberechtigt vergütet werden.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie richtet sich an Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Der G-BA wird zeitnah nach der Beschlussfassung mit der Erarbeitung einer Richtlinie für Kinder und Jugendliche beginnen.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3			28	UBSKM	<p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <p><b>„Im Einzelfall sind auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten oder Krankenhäuser zur Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt und</b></p>	<p>Soweit zur Sicherstellung einer kontinuierlichen oder einer übergreifenden Behandlung unter Beachtung des Patientenwillens nicht zugelassene Leistungserbringer in die Versorgung im</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der G-BA hat für die Umsetzung des Vorschlages keine Ermächtigungsgrundlage.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.“</i>	<p>Netzwerkverbund einbezogen werden, sollten diese in gleichberechtigter Weise vergütet werden. Aus Sicht der Betroffenen ist dies ...für Behandlungserfolge dringend notwendig. Patient*innen sollen nicht zu einem Behandlerwechsel zu Beginn der Versorgung nach der vorliegenden Richtlinie gezwungen werden: Auch nicht, wenn sie zuvor bei einem*einer nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*in, Psychotherapeut*in oder Krankenhaus in Behandlung waren.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungen ist im SGB V geregelt; es wird daher davon abgesehen eine diesbezügliche Regelung in die Richtlinie aufzunehmen.</p> <p><b>KBV:</b> da durch die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zulassungsrechtlich nicht automatisch die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen kann.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	1		29	Diakonie - BeB	Vorschlag zur Ergänzung: <b>„Fachärzt*innen mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation“</b>	Um die Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu verbessern, sollten auch Fachärzt*innen mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation für die Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sein.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> da keine spezialisierten Qualifikationserfordernisse für Ärzte/-innen aufgenommen werden. Eine Teilnahme ist nicht ausgeschlossen, wenn über eine entsprechende Facharztausrichtung verfügt wird. <b>GKV-SV:</b> Der Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V adressiert psychisch erkrankte Menschen mit einem komplexen Behandlungsbedarf; aus diesem Grund werden nur die relevanten Weiterbildungsgebiete genannt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Eine Zusatzqualifikation steht der Teilnahme an dieser Richtlinie nicht entgegen, begründet für jedoch für sich alleine keine Teilnahmeberechtigung</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	1		30	SpiFa	<p>Vorschlag:</p> <p>(1) <b>„Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte mit psychotherapeutischer Handlungskompetenz, übergangsweise Ärzte nach früheren Weiterbildungsordnungen, die das Gebiet Psychiatrie auch ohne Psychotherapie abdecken, sowie</b></p>	<p>Leistungserbringer der ärztlichen Seite zeichnen sich so durch die 4 notwendigen und zielführenden Behandlungskompetenzen auszeichnen: somatische, psychotherapeutische, pharmakologische und sozialmedizinische Handlungskompetenz. Ärztliche Psychotherapeuten verfügen immer über die</p>	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,</p> <p><b>DKG:</b> da keine inhaltliche Verbesserung der vorliegenden Regelung erreicht wird.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Umgang mit Facharztbezeichnungen nach altem Recht wird bereits in § 3 Absatz 7 geregelt.</p> <p>Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<b>Psychologische Psychotherapeuten“.</b>	oben genannten 4 Handlungskompetenzen, nicht-ärztliche Psychotherapeuten lediglich über die psychotherapeutische....	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1	KBV, DKG	41	APK	Vorschlag zur Ergänzung: <b>„6. Hausärzte und sonstige Fachärzte“</b>	Ein komplexer Behandlungsbedarf kann auch somatische Behandlung umfassen.	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> da es sich um eine spezifische Versorgungsform handelt, die spezifische Kompetenzen erfordert. <b>GKV-SV:</b> Hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte können eine Empfehlung oder Überweisung in die Versorgung nach dieser Richtlinie aussprechen. Die Behandlungsnotwendigkeit ggf. vorhandener somatischer Komorbiditäten ist zudem im Gesamtbehandlungsplan zu erfassen; Kern dieser

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Richtlinie ist jedoch die Versorgung der psychischen Erkrankung.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	1		44	GNP	<p>In den Netzwerken sollte der Beitrag neuropsychologischer Expertise, z.B. durch Psychotherapeuten mit entsprechender Weiterbildung, gewährleistet werden, indem <b>Klinische NeuropsychologInnen</b> als NetzwerkpartnerInnen benannt werden.</p>	<p>Der Beitrag der fachlichen Expertise ist dringend angezeigt, da eine eklatante Versorgungslücke bei organisch bedingten psychischen Störungen besteht und es auch diese im Rahmen dieser Richtlinie zu schließen gilt. Sie gewährleistet zudem die Beurteilung des Schweregrads der Teilhabe- und</p>	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,</p> <p><b>DKG:</b> da es sich um eine spezifische Versorgungsform handelt, die spezifische Kompetenzen erfordert.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert Mindestanforderungen an die Versorgung insbesondere schwer psychisch Erkrankter. Der</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Funktionseinschränkungen sowie die Differentialdiagnostik z.B. bei dementiellen Erkrankungen.</p>	<p>Einbezug klinischer Neuropsychologinnen und Neuropsychologen kann im Einzelfall sinnvoll sein, ist aber nicht in allen Fällen erforderlich; aus diesem Grund wird von der Aufnahme abgesehen. Keine Änderung. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	1		56	DDPP	<p>Vorschlag zur Ergänzung: <b>„Unter den Leistungserbringer-Innen müssen solche mit psychotherapeutischer Qualifikation sein, um den häufig erschwerten Zugang zur/m PatientIn und eine qualitativ hochwertige, personell kontinuierliche Beziehungsarbeit zu gewährleisten.“</b></p> <p><b>Die LeistungserbringerInnen aus den beiden Sektoren müssen kombiniert werden können, und somit eine</b></p>	<p>Bei der Definition der teilnehmenden LeistungserbringerInnen ist zu beachten, dass diese sich oft notwendig ergänzen. Das gilt vor allem bei PatientInnen, die ein hohes Risiko wiederholter stationärer Aufnahmen auch gegen ihren Willen und Behandlungsabbrüche aufweisen. Für diese PatientInnen ist es häufig</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Psychotherapeuten sind bereits in der Aufzählung enthalten.  Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<b><i>konzeptuelle und personelle Therapiekontinuität auch bei Krisen ermöglicht werden.“</i></b>	notwendig, dass sich z.B. LeistungserbringerInnen, die regelhaft „abwartend“ und im klassischen Setting arbeiten und solche, die auch aufsuchend und flexibel (zeitlich, örtlich, Setting) arbeiten, ergänzen können. Zudem muss ein/e LeistungserbringerIn mit psychotherapeutischer Qualifikation beteiligt sein, um den häufig erschwerten Zugang zu ermöglichen und eine qualitativ hochwertige und personell kontinuierliche Beziehungsarbeit zu gewährleisten.	<b>KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	02	BPtK	Zustimmung zur Position KBV, PatV: <i>„Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie“</i>	...Einbezug (geboten) ... für die Behandlung von Patient*innen mit der Diagnose einer organischen	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>psychischen Störung (ICD-10: F0),...  Einbezug der Fachärzt*innen für Neurologie in den Netzverbänden sinnvoll, um zeitnahe differenzialdiagnostische Abklärungen z. B. hinsichtlich möglicher dementieller Erkrankungen sicherzustellen, aber auch zur (Mit-)Behandlung von komorbiden neurologischen Erkrankungen.</p>	<p>§§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.  <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	1 Nr. 5		16	DGSP	Zulassung des FA Neurologe nur bei geringer Arztdichte in der Region	Diese Arztgruppe behandelt i.d.R. nicht den definierten Personenkreis	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird insofern gefolgt, dass die Neurologen/-innen zwar Teil des Netzverbundes, aber nicht Bezugsärzte/-innen sein können.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Der Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V zielt auf die Versorgung psychischer Erkrankungen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, neurologische Erkrankungen sind davon nicht umfasst. Aus diesem Grund können die Fachärzte für Neurologie an einem Netzwerk teilnehmen, können aber nicht den Schwerpunkt des Netzwerkes bilden.</p> <p>Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zur Position KBV, PatV: „ <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</i> “  Vorschlag:  Der Satz 5 sollte zum Satz 4 werden, um die logische Reihenfolge der Facharztgebietsbezeichnungen fortzusetzen.	Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie haben in ihrer Facharztausbildung mindestens ein Jahr Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet. Menschen mit neurologischen Erkrankungen haben eine hohe Komorbidität mit psychischen Erkrankungen. Hirnorganische Veränderungen sind die Ursache vieler schwerer psychischer Erkrankungen. Die Teilnahme von Fachärztinnen und Fachärzten für Neurologie an den Netzwerken ist von großem Vorteil, da die	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird zugestimmt. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Netzwerke dadurch leistungsfähiger werden und Überweisungen an Neurologinnen	
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	21 47	Caritas CBT	Zustimmung zu Position KBV, PatV: „ <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</i> “	Bei den komplexen Behandlungsbildern von psychisch schwer erkrankten Menschen kann auch beispielsweise die Diagnose einer Demenz eine Rolle spielen. Daher sollten auch die Fachärzt_innen der Neurologie an der Versorgung beteiligt werden könnten.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird zugestimmt. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV, PatV: „ <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</i> “	Fachärzt*innen für Neurologie sollten einbezogen werden, analog zum Einbezug der Patient*innen mit neurologischen Störungen	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird zugestimmt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						und auch mit Blick auf die häufig notwendigen differentialdiagnostischen Abklärungen.	Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	35	ackpa	Ablehnung von Position KBV: <i>„Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie“</i> Diese Facharztgruppe sollte hier nicht genannt werden.	Das sog. Fremdjahr im Gebiet Psychiatrie & Psychotherapie im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt/ärztin für Neurologie ist in erste Linie dazu gedacht, die differentialdiagnostischen Kenntnisse im Übergang zwischen den Fachgebieten zu vermitteln und einen Einblick in die therapeutischen Möglichkeiten des Faches zu geben. Die Kompetenzen zur Durchführung komplexer Diagnostik- und	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> jedoch können die Fachärzte/-innen keine Bezugsbehandler/-innen werden. <b>KBV:</b> da in zahlreichen Indikationsgebieten neurologische Kompetenz unterstützend einen wesentlichen Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie darstellt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Behandlungsprozesse bei schwer erkrankten Patient*innen können in diesem begrenzten Umfang nicht erworben werden. Bei der Frage der Empfehlung (siehe § 8) ist dies aus unserer Sicht anders zu beurteilen.</p>	<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V zielt auf die Versorgung psychischer Erkrankungen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, neurologische Erkrankungen sind davon nicht umfasst. Aus diesem Grund können die Fachärzte für Neurologie an einem Netzverbund teilnehmen, können aber nicht den Schwerpunkt des Netzverbundes bilden.</p> <p>Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	36	PIBB	<p>Ablehnung von Position KBV, PatV:  <i>„Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie“</i></p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:  <i>„Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie“</i></p>	<p>Diese FA-Gruppe verschlüsselt keine F-Diagnosen und behandelt die hier angesprochen Patientengruppe nicht. Sie hat häufig keine hinreichende Kenntnis der erforderlichen S3-Leitlinien.</p> <p>Es praktizieren noch Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie (ohne den Zusatz Psychotherapie)</p>	<p><b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,  <b>DKG:</b> jedoch können die Fachärzte/-innen keine Bezugsbehandler/-innen werden.  Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, da gemäß § 3 Absatz 7 auch die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen nach altem Recht umfasst sind.</p> <p><b>KBV:</b> da der Versorgungsanteil bei zahlreichen Indikationen evident ist und Neurologen nicht als Bezugsbehandler vorgesehen sind.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Der Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V zielt auf die Versorgung psychischer Erkrankungen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, neurologische Erkrankungen sind davon nicht umfasst. Aus diesem Grund können die Fachärzte für Neurologie an einem Netzverbund teilnehmen, können aber nicht den Schwerpunkt des Netzverbundes bilden.</p> <p>Der Umgang mit Facharztbezeichnungen nach altem Recht ist bereits in § 3 Absatz 7 geregelt.</p> <p>Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	37	BDK	<p>Ablehnung von Position KBV, PatV: „<i>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</i>“</p> <p>Fachärzt*innen für Neurologie können nicht berechtigt sein.</p>	<p>Diese Facharztgruppe behandelt völlig andere Krankheitsbilder. Hingegen ist es sinnvoll, dass sogenannte Nerven-ärzt*innen (nach älteren Weiterbildungs-ordnungen) hier eingefügt werden. Dies ist aber indirekt auch in §3 Absatz 6 geregelt.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> jedoch können die Fachärzte/-innen keine Bezugsbehandler/-innen werden. <b>GKV-SV:</b> Der Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V zielt auf die Versorgung psychischer Erkrankungen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, neurologische Erkrankungen sind davon nicht umfasst. Aus diesem Grund können die Fachärzte für Neurologie an einem Netzverbund teilnehmen, können aber</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>nicht den Schwerpunkt des Netzverbundes bilden.</p> <p>Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p> <p><b>KBV:</b> da der Versorgungsanteil bei zahlreichen Indikationen evident ist und Neurologen nicht als Bezugsbehandler vorgesehen sind.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	1 Nr. 5	KBV. PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, PatV: <i>„Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie“</i>		<p><b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, DKG	44	GNP	Zustimmung zu Position KBV, PatV: <i>„Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</i>	Wir halten die Teilnahme von FA für Neurologie für dringend erforderlich. Komplexe Beeinträchtigungen bei Patienten der Gruppe F0 beruhen ursächlich auf neurologischen Störungen, so dass eine umfassende Behandlung die entsprechende Expertise erfordert. Ebenso ist die neurologische Expertise für die differentialdiagnostische Abklärung regelhaft bei anderen psychischen Störungen erforderlich (z.B. somatoforme Störungen, psychotische Störungen).	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	45	DGPPN	Fachärzte für Neurologie können Teil des Netzverbands werden, jedoch	Fachärzte für Neurologie behandeln die mit der	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					nicht die Rolle als Bezugsärzte nach § 5 Abs. 1 übernehmen.	Richtlinie adressierten Krankheitsbilder nicht federführend.	Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV, PatV: <i>„Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie“</i>	Die Fachgruppe der Neurologen ist zu beteiligen, da sie zum Beispiel bei der Versorgung von dementiellen Erkrankungen einen wichtigen Versorgungsanteil übernehmen.	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	49	DVT	Zustimmung zu Position KBV, PatV: <i>„Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie“</i>	Dies erscheint sinnvoll, da in der anvisierten Patientengruppe nicht selten vorkommende	<b>DKG, GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>neurologische Differentialdiagnosen oder komorbide Erkrankungen abgeklärt und ggf. mitbehandelt werden sollten. Zudem wäre bei einer koordinierten Behandlung von organisch bedingten psychischen Störungen durch neuropsychologisch qualifizierte Psychotherapeut*innen im Netzwerk eine Einbeziehung von Neurolog,,innen äußerst sinnvoll. Dementsprechend sollten Neurolog*innen als teilnehmende Leistungserbringer nicht andere Facharztgruppen wie z.B. Fachärzt*innen für Psychiatrie ersetzen, sondern das Angebot mit ihrer spezifischen neurologischen</p>	<p>Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Qualifikation sinnvoll ergänzen.	
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	50	BVSD	Zustimmung zu Position KBV, PatV; „ <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</i> “  Vorschlag: Darüber hinaus ist es im Bereich der Behandlung chronischer Schmerzen unabdingbar, <b>die fachliche Expertise spezieller Schmerztherapeut*Innen (Medizin, überwiegend Anästhesist*Innen mit Zusatzqualifikation, Teilnehmer*Innen an der QSV Schmerztherapie) sowie spezieller Schmerzpsychotherapeut*Innen in die Netzstruktur der Versorgungsform.</b> Dies sollte an geeigneter Stelle explizit im Gesetzestext erwähnt sein, sofern auch chronisch Schmerzkranken die Möglichkeit der Teilhabe an der geplanten Versorgungsform ermöglicht werden sollten.		<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.  <b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> da keine weiteren Vorgaben zu speziellen Zusatzqualifikationen gemacht werden. <b>GKV-SV:</b> Der Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V zielt auf die Versorgung psychischer Erkrankungen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, neurologische Erkrankungen
			51	DGPSF			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>sind davon nicht umfasst. Aus diesem Grund können die Fachärzte für Neurologie an einem Netzwerk teilnehmen, können aber nicht den Schwerpunkt des Netzwerkes bilden.</p> <p>Die Richtlinie definiert Mindestanforderungen an die Versorgung insbesondere schwer psychisch Erkrankter. Der Einbezug von Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten kann im Einzelfall sinnvoll sein, ist aber nicht in allen Fällen erforderlich; aus diesem Grund wird von der Aufnahme abgesehen.</p> <p>Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	1 Nr. 5	KBV, PatV	57	BED	Zustimmung zu Position KBV, PatV „ <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie</i> “	Die Ausführungen in den Tragenden Gründen dazu überzeugen.	<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V zielt auf die Versorgung psychischer Erkrankungen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, neurologische Erkrankungen sind davon nicht umfasst. Aus diesem Grund können die Fachärzte für Neurologie an einem Netzwerk teilnehmen, können aber nicht den Schwerpunkt des Netzwerkes bilden.

Stand: 12.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



## § 3 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	2	GKV-SV, PatV	02	BPtK	Ablehnung von Position GKV-SV, PatV <i>„auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</i>	<p>...der Einbezug der Krankenhäuser als an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigte Einrichtungen (ist) unverzichtbar. Dabei ist jeweils das Krankenhaus als Ganzes mit seinen verschiedenen Versorgungsbereichen ...</p> <p>Eine Differenzierung danach, ob ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus ggf. nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz verfügt, ... ist daher nicht zielführend. Auch eine detaillierte Regelung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie für zugelassene Krankenhäuser nach § 108</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

						<p>SGB V mit ermächtigten Psychiatrischen oder Psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V ist ... nicht erforderlich.</p>	
3	2	GKV-SV, PatV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	<p>Ablehnung von Position GKV-SV, PatV „auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</p>	<p>Satz 2 regelt die Teilnahme bereits umfänglich Eine Kooperation mit psychiatrischen Kliniken (und implizit auch Abteilungen von Krankenhäusern) ist an anderer Stelle verpflichtend formuliert. Die PIA als Abteilung eines Krankenhauses oder Fachabteilung ist somit Bestandteil der Kooperation und es bedarf keiner gesonderten Regelung. Die Ausgestaltung des Kooperationsvertrages ... soll sich flexibel den bestehenden regionalen Gegebenheiten anpassen können.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

3	2	GKV-SV, PatV	15	DGVT	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV  <i>„auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</i></p> <p>Der Einbezug von Krankenhäusern, die (noch) keine Psychiatrische Institutsambulanz haben, wird begrüßt</p>		<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Position, dass Kliniken ohne Psychiatrische Institutsambulanz teilnehmen können. Da alle Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können, bedarf es einer besonderen Erwähnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen oder Hochschulambulanzen der teilnehmenden Klinik allerdings nicht.</p>
---	---	-----------------	----	------	--	--	---

3	2	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV <i>„auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</i>	Angebotsausweitung	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Begründung nicht nachvollzogen werden kann.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Position, dass Kliniken ohne Psychiatrische Institutsambulanz teilnehmen können. Da alle Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können, bedarf es einer besonderen Erwähnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen oder Hochschulambulanzen der teilnehmenden Klinik allerdings nicht.</p>
---	---	-----------------	----	------	---	--------------------	--

3	2	GKV-SV, PatV	21 47	Caritas CBT	Ablehnung von Position GKV-SV, PatV <i>„auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</i>	Die Begründung der DKG wird nachdrücklich unterstützt, wonach die PIA kein eigenständiges Organisationskonstrukt 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 DGK gefolgt werden.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>KBV:</b> Zustimmung zur Position, dass es einer gesonderten Erwähnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen nicht bedarf, da alle Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können.
3	2	GKV-SV, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV <i>„auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</i>		<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4

							zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>KBV:</b> Zustimmung zur Position, dass Kliniken ohne Psychiatrische Institutsambulanz teilnehmen können. Da alle Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können, bedarf es einer besonderen Erwähnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen oder Hochschulambulanzen der teilnehmenden Klinik allerdings nicht.
3	2	GKV-SV PatV	29	Diakonie - BeB	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV <i>„auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</i>	Dis Diakonie schließt sich der Forderung an, dass nur Kliniken zugelassen werden, die auch über eine Psychiatrische Institutsambulanz verfügen.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Die Begründung passt nicht zum Änderungsvorschlag. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die

						<p>§§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p> <p><b>KBV:</b> Ablehnung der Position der Stellungnehmenden, da alle Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können müssen.</p>
3	2		30	SpiFa	<p>...Der SpiFa hat in einem Konzept einen intersektoralen Bereich vorgeschlagen, der von beiden Seiten gleichberechtigt begehbar ist. Die Verwerfungen in dieser Richtlinie zeigen erneut, wie zielführend dieses Konzept ist.</p> <p>Daher wird die Einbindung von Institutsambulanzen mit intransparentem, aber für die Konzerne höchst gewinnbringendem Behandlungsgeschehen abgelehnt. Eine Offenlegung der dortigen Behandlungsstrukturen ist unabdingbar. Darüber hinaus sind Vorkehrungen zu treffen, dass auch bei der beabsichtigten Schaffung</p>	<p><b>DKG, KBV, GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p> <p><b>PatV:</b> Die Anregung kann sachlich nicht nachvollzogen werden. Das Konzept der „Begehbarkeit“ ist nicht hinreichend erläutert.</p>

					neuartiger Strukturen an den Kliniken, das Gesamtbehandlungsgeschehen ein ambulantes bleibt und nicht unter die Kontrolle der Konzerne gerät.		
3	2		33	bvvp	Auch Ambulanzen nach §117 SGB V sollten einbezogen werden, die bereits gute Strukturen der Vernetzung und Koordination vorhalten.		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.
3	2 + 3	GKV-SV	35	ackpa	Eine strukturierte und koordinierte Versorgung dieser Patient*innengruppe erfordert das Prinzip der regionalen Verantwortung und die enge Zusammenarbeit mit den jeweilig vor Ort versorgenden Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit ihren Institutsambulanzen.	Hier wird der gesetzliche Auftrag der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA (§ 118 SGB V Abs. 1 und 2) infrage gestellt. Die hier beschriebene neue Versorgungsform ist zweckdienlich ohne diesen Auftrag der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (§118 SGB V, Abs.2) und in Fachkrankenhäusern mit	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.



						<p>Psychiatrischen Institutsambulanzen (§118 SGB V, Abs. 1) nicht denkbar. Grundsätzlich vertritt auch die Auffassung, dass eine strukturierte und koordinierte Versorgung dieser Patient*innengruppe ohne die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit ihren Institutsambulanzen nicht möglich ist und diese daher als Teil des Behandlungsangebots unverzichtbar sind.</p>	
3	2	GKV-SV, PatV	37	BDK	<p>Ablehnung von Formulierung GKV-SV, PatV <i>„auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen“</i></p>	<p>Es besteht keinerlei Bedarf, hier noch genauer die Krankenhäuser zu regeln, denn diese sind im Kooperationsfall Partner im Netzverbund und nicht eine einzelne Station, Tagesklinik oder Institutsambulanz (siehe auch Absatz 3)</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>KBV:</b> Zustimmung zur Position der Stellungnehmenden. Da alle</p>

							<p>Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können, bedarf es einer besonderen Erwähnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen oder Hochschulambulanzen der teilnehmenden Klinik allerdings nicht.</p>
3	2	GKV-SV, PatV	38	BAPP	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV „auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</p>	<p>Die Vorbehalte für psychiatrische Institutsambulanzen sind bereits im § 118 Satz 2 SGB V definiert.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.  <b>KBV:</b> Da alle Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können, bedarf es einer besonderen Erwähnung von</p>

							Psychiatrischen Institutsambulanzen oder Hochschulambulanzen der teilnehmenden Klinik allerdings nicht.
3	2	GKV-SV, PatV	41	APK	Ablehnung von Formulierung GKV-SV, PatV: <i>„auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</i>	Angesichts der Komplexität des Sachverhaltes und der notwendigen fachlichen Kompetenz und Integration in die Versorgungsstrukturen sollten ausschließlich Krankenhäuser mit PIA-Zulassung eingebunden werden.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>KBV:</b> Ablehnung der Position der Stellungnehmenden, da nicht zuletzt auch aus Sicherstellungsgründen alle Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können müssen.
3	2	GKV-SV, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV <i>„auch wenn diese nicht über eine Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V verfügen.“</i>		<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

							<p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Position, dass Kliniken ohne Psychiatrische Institutsambulanz teilnehmen können. Da alle Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können, bedarf es einer besonderen Erwähnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen oder Hochschulambulanzen der teilnehmenden Klinik allerdings nicht.</p>
3	2		44	GNP	Zur Teilnahme berechtigt sollten auch zugelassene Krankenhäuser mit neurologischen Einrichtungen sein.	Um die komplexe Behandlung von Patienten der Gruppe F0 sicherzustellen, muss die neurologische Versorgung abgedeckt sein. Ebenso	<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Ermächtigungsgrundlage des G-BA im § 92 Absatz 6b SGB V adressiert die Versorgung</p>

						erscheint die neurologische Versorgung bei weiteren Diagnosegruppen relevant, z.B. Schmerzstörungen.	psychischer Erkrankungen mit einem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Handlungsbedarf, neurologische Erkrankungen sind davon nicht umfasst.  Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.
3	2 + 3	KBV, DKG	49	DVT	Zustimmung zu Position KBV, PatV	Krankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sollten als Kooperationspartner Teil des Netzwerkes sein. Eine Teilnahme der psychiatrischen Institutsambulanzen an der koordinierten Versorgung, in dem Sinne, dass dortiges Fachpersonal die Rolle der Koordinierung oder als	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

						<p>Bezugstherapeut oder übernimmt, lehnen wir ab.</p> <p>Die psychiatrischen Institutsambulanzen und die Krankenhäuser haben einen spezifischen Versorgungsauftrag, der von der koordinierten Versorgung nach dieser Richtlinie abzugrenzen ist. Wir verstehen den Auftrag der Richtlinie so, dass gerade aus dem ambulanten Behandlungssektor heraus, der Gruppe der schwerkranken Patient*innen ein vernetztes und koordiniertes Behandlungsangebot gemacht werden soll, das diesen Patientinnen den Zugang zur ambulanten Behandlung erleichtert und stationären Behandlungen vorbeugt bzw. diese vermeidet. In diesem Sinne erscheint es uns nicht</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

						<p>zielführend, die psychiatrischen Institutsambulanzen mit ihrem besonderen Versorgungsauftrag in dieser Richtlinie den ambulanten Leistungserbringern gleichzustellen.</p>	
3	2	GKV-SV, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	<p>Zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V sind als Leistungserbringende geeignet, auch wenn sie keine Institutsambulanz vorhalten. Gerade bezüglich sektorenübergreifender Zusammenarbeit darf hier keine Einschränkung erfolgen.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Position, dass Kliniken ohne Psychiatrische Institutsambulanz teilnehmen können. Da alle Kliniken mit psychiatrischer bzw. psychosomatischer Kompetenz an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können, bedarf es einer</p>

							besonderen Erwähnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen oder Hochschulambulanzen der teilnehmenden Klinik allerdings nicht.
3	2	GKV-SV, PatV	56	DDPP	Die beteiligten Krankenhäuser müssen einen Versorgungsauftrag erfüllen.	Die Ausweitung auf Kliniken, die nicht über einen Vertrag nach §118 b verfügen, darf nicht bedeuten, dass Kliniken ohne verbindliche regionale Versorgung zugelassen werden. Das erscheint gerade im Hinblick auf die Definition der Zielgruppe kontraproduktiv.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.



## § 3 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	3		02	BPtK	<p>Vorschlag BPtK:</p> <p>(3) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind für die Behandlung von Erwachsenen ermächtigte Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 2 SGB V, ermächtigte Ausbildungsambulanzen nach § 117 Absatz 3 und Absatz 3a SGB V sowie Weiterbildungsambulanzen nach § 117 Absatz 3b SGB V berechtigt.</p>	<p>Begründung</p> <p>Die psychotherapeutische Behandlung von erwachsenen Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen ist Bestandteil des Kompetenzprofils von Psychologischen Psychotherapeut*innen und den künftigen Fachpsychotherapeut*innen für Erwachsene ...Im Rahmen der aktuellen Ausbildung bzw. zukünftigen Gebietsweiterbildung ist daher zu gewährleisten, dass entsprechende praktische Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung dieser Patient*innen sowie der</p>	<p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Richtlinie richtet sich insbesondere an schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf; Voraussetzung für die Versorgung dieser Patientengruppe ist eine angemessene Qualifikation und ein gewisses Maß an Erfahrung im Umgang auch mit schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>Auf die Einbindung der Hochschulambulanzen wird verzichtet, da diese in der Regel auf Forschung und Lehre bzw. auf einzelne</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Kooperation in patientenzentrierten multiprofessionellen Behandlungsteams, aber auch auf der Ebene der Netzverbände Bestandteil der Aus- bzw. Weiterbildung sind....	Störungsbilder spezialisiert sind.  Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die genannten Einrichtungen keine rechtsfähigen Vertragspartner sein können. Wesentlich ist deshalb der Vertrag mit der entsprechenden Klinik. <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt.
3	3	GKV-SV	05	VKD	Wir wenden uns explizit gegen den Vorschlag des GKV-SV. Dieser regelt detailliert Mindestvoraussetzungen für die PIAs. Dies ist aus unserer Sicht ein Angriff des KV Bereiches auf die Funktion des segensreichen Wirkens der PIAs.... Die Krankenhäuser als Träger der psychiatrischen Institutsambulanzen würden bei einer	Da die PIAs darüber hinaus keine eigene Rechtspersönlichkeit haben, erscheint dies unmöglich.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Beteiligung an dem Modell die Hoheit über die PIAs verlieren.		<p>zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	3	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG: („keine Übernahme“)	Psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen haben einen subsidiären Versorgungsauftrag. Kooperationsverträge werden nicht mit den PIAs, sondern mit der entsprechenden Klinik geschlossen. Nur im Ausnahmefall können Fachärzte aus PIA-Einrichtungen von Krankenhäusern behandlungsleitend im vertragsärztlichen Versorgungsbereich tätig werden. Hierzu müssen Verträge mit bindender Nennung des in der PIA tätigen teilnehmenden Facharztes der genannten Fachrichtungen getroffen werden. Die verbindliche Zusammenarbeit der einzelnen Ärzte und	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Therapeuten mit dem einzelnen Patienten im Mittelpunkt ist das Kernelement dieser Richtlinie...	psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
3	3	GKV-SV, PatV	11	BFLK	Ablehnung von Position GKV-SV, PatV: Der Absatz 3 kann entfallen	Das Vorhandensein einer PIA erscheint nicht erforderlich, da das Krankenhaus die entsprechenden Verbindungen zum Netzverbund auch anders sicherstellen kann. Entsprechende fachliche Expertise wird bei einer psychiatrischen Abteilung vorausgesetzt.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
3	3	GKV-SV	12	dgsp	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <p>„Zur Teilnahme .... sind berechtigt:</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p><b>3. Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag gem. SGB V, § 111“</b></p>	<p>Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag können eine wichtige Funktion übernehmen im Übergang von ambulanten zu stationären Versorgungsformen und in der fachlichen Koordination übernehmen. In der</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Richtlinie definiert Mindestanforderungen für die Bildung eines</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						vorliegenden Fassung nur in § 3, Abs. 5 vorgesehen	Netzverbundes. Die Einbindung der Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V kann im Einzelfall notwendig, aber wird nicht in jedem Fall erforderlich sein.  Keine Änderung.
3	3	GKV-SV	15	DGVT	Zustimmung zu Position GKV-SV		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
3	3	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Regelungen, die Einrichtungen nach § 118 Absatz 2 und 3 betreffend werden in der Vereinbarung zu Psychiatrischen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V und deren Anlagen getroffen.</p> <p>Keine Änderung.</p>
3	3	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Regelungen, die Einrichtungen nach § 118 Absatz 2 und 3 betreffend werden in der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V und deren Anlagen getroffen.</p> <p>Keine Änderung.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	3	KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG („Keine Übernahme“)		<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden.</p> <p>Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
3	3	PatV	32	DVPG	Zustimmung zu Position PatV	Die Einschränkungen des § 118 Abs. 2 sind für diese Versorgung nicht sachgerecht. Die Indikation für diese Versorgung ist in den vorangegangenen Abschnitten angemessen definiert.	<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Regelungen, die Einrichtungen nach § 118 Absatz 2 und 3 betreffend werden in der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V und deren Anlagen getroffen.</p> <p>Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	3	KBV, DKG	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV, DKG („Keine Übernahme“)	PIAs könnten ein Verbindungsglied zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sein ...Hier muss die PIA-Verordnung angepasst werden, sodass parallel zur PIA-Behandlung ambulante Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung möglich sind und umgekehrt. Die PIAs eignen sich allerdings nicht für die Betreuungsfunktion innerhalb des Netzverbundes. Es ist nicht denkbar, dass aus der stationären Einrichtung heraus die ambulante Versorgung organisiert und koordiniert wird. Die Argumentationen der KBV sind in den tragenden Gründen schlüssig und werden vom bvvp unterstützt.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden. Den psychiatrischen Institutsambulanzen stehen in ihrer Beteiligung am Netzverbund zwei Wege offen: als Kooperationspartner ohne Übernahme der Bezugsarzt- und Koordinationsfunktion oder als Netzverbundmitglied, wenn die Rolle der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes und die Koordinationsfunktion übernommen wird.</p> <p>Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
3	3	GKV-SV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV, PatV:	In Absatz 2 ist die Teilnahme der Krankenhäuser nach §108 SGB V hinreichend genau	<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Eine Spezifikation der Krankenhäuser bzw. ihrer Institutsambulanzen wird abgelehnt</p>	<p>geregelt. Psychiatrische Institutsambulanzen sind <b>integraler Teil des Krankenhauses</b>, sowohl personell wie auch im Hinblick auf den Versorgungsauftrag (Vermeidung/Verkürzung von Krankenhausaufhalten)</p>	<p>Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden. Den psychiatrischen Institutsambulanzen stehen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>in ihrer Beteiligung am Netzverbund zwei Wege offen: als Kooperationspartner ohne Übernahme der Bezugsarzt- und Koordinationsfunktion oder als Netzverbundmitglied, wenn die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes und die Koordinationsfunktion übernommen wird.</p> <p>Keine Änderung.</p>
3	3	PatV	41	APK	Zustimmung zu Position PatV	<p>Der Hinweis im Text der PatV, dass der Erbringung von Leistungen nach dieser Richtlinie Regelungen der Leistungen der PIA nach § 118 SGB V nicht entgegenstehen ist bedeutsam, um klarzustellen, dass die BSKV eine Behandlung durch PIA</p>	<p><b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Regelungen, die Einrichtungen nach § 118 Absatz 2 und 3 betreffend</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						nicht ersetzt, sondern diese ergänzt.	werden in der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V und deren Anlagen getroffen.  Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
3	3	PatV	42	BV Soziotherapeuten	Vorschlag: <del>„Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit ermächtigten Psychiatrischen oder Psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V berechtigt.—</del> Der Erbringung von Leistungen nach dieser Richtlinie stehen Regelungen der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V nicht entgegen.“		<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Regelungen, die Einrichtungen nach § 118 Absatz 2 und 3 betreffend werden in der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>§ 118 Abs. 2 SGB V und deren Anlagen getroffen.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p>
3	3		44	GNP	Zugelassene Ausbildungs- und Weiterbildungsambulanzen nach §117 sollten mit zugelassen werden.	Wir setzen uns für diese Erweiterung ein, da sie die Versorgungskapazität für die Zielklientel ausbaut und insbesondere die Qualifikation zukünftiger BehandlerInnen ermöglicht. Durch diese Maßnahme kann der bestehenden Minderversorgung bei komplexen Behandlungsbedarfen effizient und nachhaltig entgegengewirkt werden.	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV, DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie richtet sich insbesondere an schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf; Voraussetzung für die Versorgung dieser Patientengruppe ist eine angemessene Qualifikation und ein gewisses Maß an Erfahrung im Umgang auch</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							mit schwere psychischen Erkrankungen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> maßgeblich ist der Vertrag mit der Klinik, nicht mit der Klinikeinrichtung.
3	3		44	GNP	Die Möglichkeit psychotherapeutischer, psychosomatischer und psychiatrischer Behandlungsleistungen der vertragsärztlichen Versorgung sollten durch die Richtlinie unberührt bleiben.	Bei der gegebenen Zielklientel ist von überdauernden Behandlungsbedarfen auszugehen, die nicht ausschließlich durch die Behandlung innerhalb der Richtlinie gedeckt werden. Daher muss über den Zeitraum der Richtlinienbehandlung hinaus eine belastbare Versorgung gesichert werden. Behandlungsangebote, die bereits vor Aufnahme in die Richtlinienbehandlung bestehen, müssen fortgeführt werden	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie schränkt die bereits bestehenden Versorgungsmöglichkeiten nicht ein, sondern zielt auf eine bessere Vernetzung der vorhandenen Ressourcen ab.  Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						können, um 1) die Gefahr der Destabilisierung bei Patienten mit häufig erschwerter Beziehungsfähigkeit zu vermeiden und 2) Behandlungskontinuität nach Beendigung der Richtlinienbehandlung zu gewährleisten.	
3	3	KBV, DKG	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV, DKG („keine Übernahme“) Psychiatrische Institutsambulanzen sollten nicht Mitglied des Netzverbundes sein.	Siehe § 4 Abs 4.	<b>DKG, GKV-SV; PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden.</p> <p>Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
3	3	GKV-SV	48	DPTV	Ablehnung Position GKV-SV: Die Beteiligung der Psychiatrischen Institutsambulanzen in der durch den GKV-SV vorgeschlagenen Art halten wir nicht für zielführend.	Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen im Rahmen der Bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen einen	<p><b>DKG, GKV-SV; PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>definierten Versorgungsauftrag. Für eine Beteiligung an diesem Versorgungsangebot fehlt den PIA die personelle wie finanzielle Ausstattung z.B. um eine gegebenenfalls notwendige regelmäßige psychotherapeutische Versorgung anzubieten. Schicht- und Bereitschaftsdienste der Mitarbeiter*innen einer stationären Einrichtung verhindern die notwendige Behandlerkontinuität. Eine ausreichende Vernetzung mit ambulanten Vertragsbehandlern z.B. über gemeinsame Qualitätszirkel, ist nicht gegeben und die Kooperation mit ambulanten Spezialtherapeuten sowie sozialrechtliche</p>	<p>Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden. Die Behandlungskontinuität ist</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Kompetenzen der Delegation, Verordnung und Überweisung fehlen. Den Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf soll in dieser Richtlinie ein ambulantes Versorgungsangebot zur Verfügung gestellt werden, stationäre Aufenthalte sollen vermieden oder reduziert werden, der Drehtüreffekt unterbrochen werden.</p> <p>Dafür ist ein ausgesprochen ambulant organisiertes Behandlungssetting notwendig. Die Einbeziehung stationärer Einrichtungen als Kooperationspartner der Versorgungsnetze zur Verbesserung des Überleitungsmanagement</p>	<p>laut Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V und ihren Anlagen auch in den psychiatrischen Institutsambulanzen zu gewährleisten; hierzu gehört auch die Kontinuität in den persönlichen Beziehungen zwischen der Patientin oder dem Patienten und dem multiprofessionellen Behandlungsteam.</p> <p>Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						findet sich in § 4 Abs. 4 von KBV/DKG.	
3	3		49	DVT	<p>Vorschlag:  ...dass in §3 als zugelassene Leistungserbringer die <b>Hochschulambulanzen (5GB V§ 117 (2)), die Ausbildungsambulanzen (5GB V §117 (3)) und die Weiterbildungsambulanzen (5GB V §117 (3b)) für Psychotherapie</b> hinzugefügt werden.</p>	<p>Die genannten psychotherapeutischen Ambulanzen sind in ihrem Aufgaben- und Leistungsspektrum mit Psychologischen Psychotherapeut*innen in der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar. Es erscheint insbesondere auch angezeigt die genannten Am-bulanzen einzubeziehen, weil die in diesen Ambulanzen ihre Ausbildung und zukünftig ihre Weiterbildung absolvierenden Psychotherapeut*innen auch auf die Aufgaben der koordinierten Versorgung von schwerkranken Patientinnen vorbereitet werden sollten, die sie nach</p>	<p><b>DKG, GKV-SV; KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.  <b>DKG:</b> Die Kliniken werden als gesamte Organisation als Kooperationspartner vorgesehen.  <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie richtet sich insbesondere an schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf; Voraussetzung für die Versorgung dieser Patientengruppe ist eine angemessene Qualifikation und ein gewisses Maß an Erfahrung im Umgang auch mit schwere psychischen Erkrankungen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Abschluss ihrer Aus- bzw. Weiterbildung auch in der ambulanten Versorgung übernehmen sollen.	<p>Auf die Einbindung der Hochschulambulanzen wird verzichtet, da diese in der Regel auf Forschung und Lehre bzw. auf einzelne Störungsbilder spezialisiert sind.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> maßgeblich ist der Vertrag mit der Klinik, nicht mit der Klinikeinrichtung.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	3	GKV-SV	52	IGPS	Zustimmung zur Position GKV-SV		<p><b>DKG, GKV-SV; PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt; maßgeblich ist der Vertrag mit der Klinik, nicht mit der Klinikeinrichtung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	3	KBV, DKG	53	VPKD	Zustimmung zu Position KBV, DKG: („keine Übernahme“)	Ambulanzen nach § 118 Abs. 2 erbringen nur subsidiär Leistungen zur ambulanten Versorgung. Die psychosomatischen Ambulanzen nach § 118 Abs. 3 dürfen nicht einmal subsidiär zur ambulanten Versorgung tätig werden. Beide Typen von Ambulanzen halten aufeinander abgestimmte Leistungssysteme vor, deren Ressourcen nicht für die schwankende und punktuelle Inanspruchnahme durch diese RiLi ausgelegt sind. Eine Teilnahme sollte daher nur namentlich für bestimmte Ärzte oder Psychotherapeuten dieser Ambulanzen und mittels genauer Regelung der Inanspruchnahme im Rahmen eines	<b>DKG, GKV-SV; PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Kooperationsvertrags mit dem Krankenhaus möglich sein.	<p>psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden. Die Behandlungskontinuität ist laut Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V und ihren Anlagen auch in den psychiatrischen Institutsambulanzen zu gewährleisten; hierzu gehört auch die Kontinuität in den persönlichen Beziehungen zwischen der Patientin oder dem Patienten und dem multiprofessionellen Behandlungsteam.</p> <p>Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	3	alle	55	DFPP	Ablehnung von Absatz 3 Die DFPP ist irritiert über jeglichen Vorschlag der Parteien.	Da es sich in dieser Richtlinie um einen berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgungsauftrag für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung handelt, kann nicht nachvollzogen werden, dass es hier ausschließlich um Fachärztinnen und Fachärzte von Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie geht, die mindestens für die Versorgung nach dieser Richtlinie vorhanden sein müssen. Dies widerspricht aus unserer Perspektive der Grundidee dieser Richtlinie. Eine deutliche Erweiterung ist hier zielführend. Daher muss aus Sicht der DFPP die Auflistung zwingend um	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der psychisch erkrankten

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						weitere Berufsgruppen ergänzt werden, damit dieser Ansatz ermöglicht werden kann.	Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden. Da neben der Verbesserung Vernetzung auch eine Erleichterung der Übergänge zwischen den Sektoren erreicht werden soll, ist die Einbindung weiterer Einrichtungen und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der psychiatrischen Institutsambulanzen notwendig.  Keine Änderung.
3	3	PatV	56	DDPP	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Darüber hinaus müssen die Krankenhäuser mit ihren ambulanten Angeboten teilnahmeberechtigt sein, um die Verzahnung zu gewährleisten und die Übergänge zwischen den Sektoren zu ermöglichen.“</i>	Selbstverständlich sollten auch ambulante Krankenhaus-leistungen, die nach anderen §§ abgerechnet werden, einbezogen werden, insbesondere solche, die i.R. eines regionalen	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie richtet sich insbesondere an schwer

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i><b>Außerdem sollten die Hochschul-, Ausbildungs- und Weiterbildungsambulanzen nach §117 zur Teilnahme berechtigt werden.“</b></i>	Budgets, von §64b oder als Teil einer Integrierten Versorgung, und auch StäB abgerechnet werden. Zudem scheint es zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung notwendig, die Hochschul- sowie Aus- und Weiterbildungs-Ambulanzen einzubeziehen, auch um in der Aus-/ Weiterbildung bereits diese schwer und komplex erkrankten PatientInnen als selbstverständlich erscheinen zu lassen.	<p>psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf; Voraussetzung für die Versorgung dieser Patientengruppe ist eine angemessene Qualifikation und ein gewisses Maß an Erfahrung im Umgang auch mit schweren psychischen Erkrankungen.</p> <p>Auf die Einbindung der Hochschulambulanzen wird verzichtet, da diese in der Regel auf Forschung und Lehre bzw. auf einzelne Störungsbilder spezialisiert sind.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p>

§ 3 Absatz 4

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	4		16	DGSP	<p>Zustimmung, jedoch Fachweiterbildung Psychiatrie / Sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung wichtig, sollte gefordert werden.</p> <p>Wegen der aktuell praxisfernen RL der KK für die Angebotsform Soziotherapie ist diese völlig unterrepräsentiert. Eine Einbindung nach dieser RL sehr fraglich.</p>		<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie richten sich an schwer psychisch Kranke, die Aufnahme einer Zusatzweiterbildung im Bereich Psychiatrie/Sozialpsychiatrie erscheint vor diesem Hintergrund entbehrlich.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p>

3	4		21	Caritas	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <p><i>„Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sind berechtigt:</i></p> <p><i>1. Zugelassene Ergotherapeutinnen ...</i></p> <p><i>2. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen...</i></p> <p><b>3. Leistungserbringer die gemäß §64b SGB V oder §140a ff. SGBV bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen,</b></p> <p><i>4. [GKV-SV/PatV Leistungserbringerinnen...]</i>“</p>	<p>Auch Einzelpersonen, die psychiatrische Krankenpflege nach erbringen, haben Verträge als Leistungserbringer_innen nach § 132a. Daher sollte die Formulierung von GKV-SV/PatV übernommen werden. Des Weiteren als zusätzliche Leistungserbringer_innen in ambulanten multiprofessionellen Teams im Wege von Kooperationsverträgen aufzunehmen:</p> <p>Genesungsbegleiter_innen und Sozialpädagog_innen. Da diese Berufsgruppen ihre Leistungen nicht nach dem SGB V erbringen, können sie nicht als Leistungserbringer_innen in Absatz 4 genannt werden, sie sollten jedoch in der Begründung ergänzt werden.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV; KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die vorgeschlagene Ergänzung wird bereits durch andere Regelungsinhalte (z. B. § 64 b SGB V - zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V) umfasst.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Eine gesonderte Nennung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die gemäß § 64b SGB V oder § 140a SGB V Verträge abschließen können, ist nicht erforderlich; die gewählte Formulierung schließt entsprechende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht aus, wenn sie den geforderten Qualifikationen des Netzverbundes entsprechen.</p> <p><b>KBV:</b> aufgrund leistungsrechtlich nicht zu</p>
---	---	--	----	---------	---	---	---

						<p>Auch Leistungserbringern, die bereits nach § 64b SGB V Modellprojekte zur berufsübergreifenden Komplexversorgung erbringen, sollten ... aufgenommen werden.</p>	<p>lösender Grundproblematik sektoraler Vergütungssysteme. Keine Änderung. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	4	GKV-SV, PatV	29	Diakonie - BeB	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV Vorschlag: Für die <b>koordinierenden Funktionen</b> könnten auch <b>Mitarbeitende von Suchtberatungsstellen</b> in Frage kommen, die für diese Leistung von der Krankenversicherung finanziert werden müssten</p>		<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der § 3 enthält eine Auflistung der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer; Vorgaben zur Qualifikation der koordinierenden Person werden in § 5 getroffen. Darüber hinaus werden die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für</p>

							<p>ärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 2a SGB V durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt: eine Delegation durch den Arzt bzw. Psychotherapeuten bei Vorliegen der Qualifikationsanforderungen ist potenziell möglich ist.</p>
3	4	PatV	39	BDP	<p>Zustimmung zu Position PatV</p> <p>Besonders zentral erachten wir dabei Leistungserbringende aus dem Bereich Teilhabe und Eingliederungshilfe fest oder zumindest regelmäßig einzubeziehen (z.B. Schwerbehindertenbeauftragte, Leistungserbringende aus dem Bereich 2. Arbeitsmarkt). Das gilt auch für Leistungserbringende aus dem Bereich Betreutes Wohnen. Für die Netzwerke sollte es auch zur Pflicht werden, mit</p>	<p>Es bestehen zahlreiche Hilfestrukturen. Nur durch deren Koordination können hier Synergien genutzt werden. Eine Verhinderung von Chronifizierung ist oft nur zu erreichen, wenn Betroffene in sinn- und strukturgebende Teilhabeprozesse integriert werden.</p>	<p><b>DKG, KBV; PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p>Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d.</p>



					<p>den örtlichen SGB-IX-Angeboten, wie z.B. Selbsthilfestrukturen zu kooperieren. Jedes regionale Netzwerk sollte verpflichtet werden, in regelmäßigen Abständen eine Bestandsaufnahme zu machen, welche dieser Strukturen vor Ort ansässig sind. Für sinnvoll erachten wir Psychotherapie, Psychiatrie und Soziotherapie als einen festen Kernbestandteil vorzugeben. Selbsthilfe, stationäre und/oder teilstationäre regionale Einrichtungen, psychosoziale Angebote (wie sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste, Suchtberatungsstellen) und Teilhabestrukturen sowie folgend Ergotherapie und gesondert qualifizierte Fachpflegekräfte sollten als nächster hinzuzunehmender Bestandteil festgelegt werden.</p>	<p>Eine Netzwerkbehandlung ohne Berücksichtigung des Fachwissens z.B. der Betreuenden einer Wohngruppe hat weniger Erfolgsaussichten. Bundesweit vorhandene verschiedenste Selbsthilfestrukturen können Psychisch Kranke ggf. zusätzlich stützen.</p>	<p>h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.</p> <p>Keine Änderung.</p>
3	4 Nr. 2		41	APK	<p>Vorschlag:          „2. <i>Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, <del>die einen Vertrag</del></i></p>	<p>Auch Leistungserbringer von Soziotherapie auf Grund einzelfallbezogener Bewilligung sollten in BSKV einbezogen werden.</p>	<p><b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,  <b>DKG:</b> da eine Sicherstellung das Vorhandensein</p>

					<b>zur Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen haben,“</b>		<p>qualitativer Voraussetzungen nicht gewährleistet werden kann.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezug zu § 132b SGB V dient der Klarstellung, da keine bundesweiteinheitlichen Qualifikationsvorgaben für soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und -erbringer bestehen.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	4 Nr. 3		05	VKD	Wir plädieren nachdrücklich dafür, diese Aufgabe auch für die akademisch ausgebildete Pflege zu öffnen und zu ermöglichen.		<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p>Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p>

3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	06	bpa	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV  <i>„Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben“</i></p>	<p>...auf welcher vertragsrechtlichen Grundlage (sollten) die von KBV und DKG vorgeschlagenen Pflegefachpersonen als Einzelpersonen - mit entsprechender Qualifikation - agieren. Das SGB V sieht diesen Leistungserbringertypus nicht vor, sondern leistungserbringungsrechtlich sind diese Arbeitnehmer der Leistungserbringer nach § 132a SGB V. Bindend sind dagegen die Vorgaben des § 5 der Bundesrahmenempfehlungen nach § 132 a Abs. 1 SGB V, die die Vorgaben für Leistungserbringer, welche Leistungen der psychiatrischen Fachkrankenpflege erbringen, festlegen. Entsprechend der Bundesrahmenempfehlung</p>	<p><b>DKG, GKV-SV; PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
---	---------	-----------------	----	-----	---	--	---

					<p>en sind dies zugelassene Pflegedienste, die zum Zwecke der qualitätsgesicherten Leistungserbringung bestimmte Voraussetzungen (entsprechende Qualifikationen der eingesetzten Pflegefach- und Leitungskräfte) erfüllen müssen. Die Vorgaben der Bundesrahmenempfehlungen sind in den Verträgen nach § 132 a Abs, 4 SGB V umzusetzen und für die Leistungserbringung maßgeblich.</p> <p>Eine Einbindung von nicht qualitätsgesichert agierenden und nicht auf Grundlage von Regelungen des SGB V vertraglich gebundenen Privatpersonen ist rechtlich ausgeschlossen, nicht</p>	
--	--	--	--	--	--	--

						begründet und wird abgelehnt.	
3	4 Nr. 3	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Diese Formulierung definiert die Qualifikation der Pflegefachpersonen praxisnäher.	<b>DKG, GKV-SV; PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Vertragspartner eines Netzverbundes wird in der Regel der Träger der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und nicht die einzelne Pflegefachperson sein; aus diesem Grund wird auf den Leistungserbringer und nicht die einzelne Person verwiesen.  Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich mit Modifikationen gefolgt.
3	4 Nr. 3		09	DVSG	Vorschlag zur Ergänzung: 5. Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagogen*innen mit staatlicher Anerkennung und mit mind. zweijähriger praktischer Erfahrung in	Soziotherapeutische Leistungserbringer sind nach wie vor in der Versorgung aufgrund der Rahmenbedingungen nur marginal vertreten, in	<b>DKG, GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, <b>DKG:</b> die genannten Berufsgruppen können

					<p>der Arbeit mit psychisch kranken Menschen In Sozialpsychiatrischen Zentren, Kontakt- und Beratungsstellen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst</p>	<p>vielen Regionen gar nicht. Sozialarbeiterische Beratungs- und Behandlungskompetenz ist für eine gelungene Umsetzung der Richtlinie jedoch essentiell.</p>	<p>jedoch gemäß § 3 Absatz 6 ebenso einbezogen werden. <b>GKV-SV:</b> Der § 3 enthält eine Auflistung der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer; Vorgaben zur Qualifikation der koordinierenden Person werden in § 5 getroffen.</p> <p>Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	11	BFLK	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV <i>„Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben“</i></p>	<p>... erscheint realistischer in der Umsetzung...</p> <p>In den Verträgen nach §132a wird eine Fachweiterbildung bzw. mehrjährige Berufserfahrung in der psychiatrischen Pflege</p>	<p><b>DKG, GKV-SV; PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

						<p>bereits gefordert. Der jetzt schon bestehende Angebotsmangel an pHKP würde sich verschärfen, wenn eine Fachweiterbildung zwingend erforderlich ist. Grundsätzlich ist eine Fachweiterbildung sinnvoll und notwendig. Eine Realisierung ist aber aufgrund der in den vergangenen 20 Jahren stetig zurückgegangenen Fachweiterbildungsquote derzeit nicht möglich.</p>	
3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	21 47	Caritas CBP	Zustimmung zu GKV-SV, PatV Änderung der Nr. 3 zur Nr. 4		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
3	4 Nr. 3		21 47	Caritas CBP	Vorschlag: <b>„3. Leistungserbringer die gemäß §64b SGB V oder §140a ff. SGBV bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen.“</b>	<b>Caritas:</b> Des Weiteren als zusätzliche Leistungserbringer_innen in ambulanten multiprofessionellen Teams im Wege von Kooperationsverträgen	<b>DKG, GKV-SV; KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>DKG:</b> Die vorgeschlagene Ergänzung wird bereits durch andere Regelungsinhalte (z. B. § 64 b SGB V - zugelassene

					<p>aufzunehmen:          Genesungsbegleiter_innen          und Sozialpädagog_innen.          Da diese Berufsgruppen          ihre Leistungen nicht nach          dem SGB V erbringen,          können sie nicht als          Leistungserbringer_innen in          Absatz 4 genannt werden,          sie sollten jedoch in der          Begründung ergänzt          werden.</p> <p>Auch Leistungserbringern,          die bereits nach § 64b SGB          V Modellprojekte zur          berufsübergreifenden          Komplexversorgung          erbringen, sollten ebenfalls          in den Kreis der möglichen          Leistungserbringenden          aufgenommen werden.</p> <p><b>CBP:</b></p> <p>Darüber hinaus sollten          Strukturen die bereits jetzt          ambulante          Komplexleistungen          anbieten, ebenfalls</p>	<p>Krankenhäuser nach § 108          SGB V) umfasst.  <b>GKV-SV:</b> Eine gesonderte          Nennung der          Leistungserbringerinnen und          Leistungserbringer, die          gemäß § 64b SGB V oder          § 140a SGB V Verträge          abschließen können, ist nicht          erforderlich; die gewählte          Formulierung schließt          entsprechende          Leistungserbringerinnen und          Leistungserbringer nicht aus,          wenn sie den geforderten          Qualifikationen des          Netzverbundes entsprechen.          Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> aufgrund          leistungsrechtlicher          Abgrenzungsprobleme.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung der          Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
--	--	--	--	--	--	--



						<p>mitgedacht werden. Also Anbieter die folgende Berufsgruppen bündeln:          FachärztINNe n;          PsychotherapeutINNe n;          PsychologINNe n;          SozialpädagogINNe n;          PsychiatriefachpflegerINNe n;          ErgotherapeutINNe n;          GenesungsbegleiterINNe n          etc. Dies findet bereits erfolgreich außerhalb der Krankenhausbehandlung statt. Diese Berufsgruppen können sollten in der Begründung beispielhaft aber nicht abschließend aufgezählt werden.</p>	
3	4 Nr. 3		22	BAG GPV	<p>Pflegefachpersonen als Einzelpersonen sollten nicht teilnahmeberechtigt sein</p>		<p><b>DKG, GVK-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt; beide Optionen, Träger und Einzelperson, sollen ermöglicht werden.</p>

							<b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt.
3	4 Nr. 3	KBV, DKG	26	VDAB	Ablehnung von Position KBV, DKG	Die in der Bundesrahmenempfehlung gemäß § 132a SGB V hinterlegten Kriterien zur Leistungserbringung sind ausreichend und umfassend beschrieben. Zudem wurden diese durch die entsprechenden Verhandlungspartner geeint. Darüberhinausgehende Regelungen können und dürfen nicht Gegenstand dieser Richtlinie werden und sind entsprechend abzulehnen.	<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  Keine Änderung.
3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	32	DVPG	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Die Bindung an die Zulassung als Leistungserbringer ist zur	<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

						Vermeidung von Doppelstrukturen sinnvoll, und die Erbringung der neuen Versorgung sollte mit weiteren Regelleistungen verbunden und personell nicht getrennt davon organisiert sein. Vgl. die Vorbemerkungen sowie unten § 6 Abs. 3	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Auf diese Weise lassen sich Doppelstrukturen am sinnvollsten vermeiden.	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  Keine Änderung.
3	4 Nr. 3	KBV, DKG	37	BDK	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG „Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen mit einer Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung“.  Die fachliche Qualifikation des Pflegepersonals wird unterstützt.	Wie bei den übrigen Berufsgruppen sollte eine Mindestqualifikation vorhanden sein.  Neben der Fachweiterbildung sollte auch eine mehrjährige Berufserfahrung (> 3 Jahre) in der ambulanten aufsuchenden	<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Vertragspartner eines Netzverbundes wird in der Regel der Träger der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und nicht die einzelne Pflegefachperson sein; aus diesem Grund wird auf den Leistungserbringer

						Patient*innen-Versorgung anrechenbar sein	und nicht die einzelne Person verwiesen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.
3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Der Vertrag gem. §132a SGB V impliziert die vorzuhaltenden Qualifikationsvoraussetzungen	<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	41	APK	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben; <b>zusätzlich sollten Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege, der Physiotherapie, Logopädie und weitere Verordnungsleistungen aufgenommen werden“</b></i>		<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie definiert Mindeststandards für die Zusammensetzung des Netzverbundes. Leistungen, die durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

							verordnet werden, können unabhängig von der Auflistung in der Richtlinie in Anspruch genommen werden. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.
3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV		<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
3	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Alle Anbietenden von pHKP müssen Leistungen erbringen können, Qualifikationsanforderungen sind in den Verträgen gem. §132a SGB V impliziert. (Unabhängig davon plädiert die DFPP zusammen mit der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrisch Pflege seit	<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

						langem für die Erstellung einer Rahmenvereinbarung, die Pflegequalität gewährleistet ohne künstliche Hürden für dieses Angebot zu schaffen.)	
3	4 Nr. 3	KBV-DKG	55	DFPP	Keine Zustimmung zu Position KBV, DKG Vorschlag: Sollte die Formulierung der KBV/DKG näher diskutiert werden möchten wir die Ergänzung anbringen, dass nicht nur die Fachweiterbildung Psychiatrie oder mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung aufgeführt wird, sondern auch <b>Studiengänge mit dem Schwerpunkt psychiatrische Pflege</b> anzurechnen sind.		<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Es erfolgt eine Ergänzung in den Tragenden Gründen. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.
3	4 Nr. 4 (neu)		32	DVPG	Vorschlag zur Ergänzung: § 3 Absatz 4 <b>Ziffer 4 (neu)</b> <b>„4. Leistungserbringer die bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit</b>	Es gibt bereits seit Jahren multiprofessionelle Teams im Rahmen von §§ 64b und 140a SGB V. Zur Vermeidung von	<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.

					<p><i>psychischen Erkrankungen in Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V oder in der Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V erbringen.“</i></p>	<p>Parallelstrukturen und zur Nutzung ihrer Kompetenzen in der Vernetzung von Leistungen sollten sie Zugang zu den Netzverbänden bekommen.</p>	<p><b>DKG:</b> Die vorgeschlagene Ergänzung wird bereits durch andere Regelungsinhalte (z. B. § 64 b SGB V - zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V) umfasst.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Eine gesonderte Nennung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die gemäß § 64b SGB V oder § 140a SGB V Verträge abschließen können, ist nicht erforderlich; die gewählte Formulierung schließt entsprechende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht aus, wenn sie den geforderten Qualifikationen des Netzverbundes entsprechen.</p> <p><b>KBV:</b> aufgrund leistungsrechtlicher Abgrenzungsprobleme.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
--	--	--	--	--	---	--	--

3	4 Nr. 5 (neu)		32	DVPg	<p>Vorschlag zur Ergänzung:  <i>§ 3 Absatz 4 Ziffer 5 (neu)</i>  <b>„5. Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter mit entsprechender Qualifizierung, z. B. durch EX-IN-Weiterbildung“</b></p>	<p>In der Arbeit mit schwer psychisch Erkrankten hat die Genesungsbegleitung durch „Erfahrungsexperten“ einen hohen Stellenwert. Auch wenn berufsrechtliche Regelungen noch fehlen, sollte die Richtlinie deshalb diese Leistung einbeziehen, ähnlich wie die PPP-Richtlinie des G-BA.</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>DKG:</b> Die Ausgestaltung des Netzverbundes, inkl. die Einbeziehung von Genesungsbegleitern oder Ex/In bzw. Peers wird in § 3 grundsätzlich vorgesehen, bzw. nicht ausgeschlossen.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.  Die Einbindung von Peers/ExIn wird vom Grunde her unterstützt; jedoch besteht die Schwierigkeit, dass es kein einheitliches Curriculum für die Peers/ExIn gibt und daher auch keine klare Aufgabenabgrenzung erfolgen kann.</p> <p>Keine Änderung  <b>KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
---	------------------	--	----	------	--	--	--



3	4 Nr. 5 (neu)		47	CBP	<p>Vorschlag zur Ergänzung:  <b>Öffnungsklausel:</b>  <i>„5. Leistungserbringer_innen, die ambulante Komplexleistungen für die in § 2 Abs. 1 genannten Personen durch multiprofessionelle Teams unter Beteiligung von Ärzten und Psychotherapeuten erbringen.“</i></p>	<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 Komplexleistungen 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</p>	<p><b>DKG, GVK-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt,  <b>DKG:</b> da der Vorschlag zu unbestimmt ausgestaltet ist.  <b>GKV-SV:</b> Eine gesonderte Nennung der vorgeschlagenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist nicht erforderlich; die in der Richtlinie gewählte Formulierung schließt auch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ein, die bereits ambulante Komplexleistungen erbringen, sofern sie die in der Richtlinie genannten Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen.  <b>KBV:</b> aufgrund zu großer Unbestimmtheit der angesprochenen Berufsgruppen.  Keine Änderung.</p>
---	------------------	--	----	-----	--	--	--

Stand: 12.07.2021

						Begründung beispielhaft aber nicht abschließend aufgezählt werden.	<b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
--	--	--	--	--	--	--	--

## § 3 Absatz 5

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	5	GKV-SV, KBV, PatV	07 13 19 20 24 25 52	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT IGPS	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, PatV: („keine Übernahme“)	In der Richtlinie wird nicht die Regelversorgung, sondern ... die koordinierte Versorgung mit den Mitteln der Regelversorgung beschrieben. Die berufsrechtliche Regelung bleibt unbenommen.	<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
3	5	DKG	18	DGPM	Zustimmung zu Position DKG	Soweit psychosomatische Institutsambulanzen in das Versorgungskonzept mit eingebunden werden sollten, sollten sie entsprechend den aktuell ausgehandelten Rahmenbedingungen integriert werden. Für zahlreiche psychosomatische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V wurden Einzelleistungsvergütungen	<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.  Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						vereinbart... Es wäre paradox, diese komplexen Versorgungsstrukturen der PsIA im Rahmen der berufsgruppenübergreifend en koordinierten und strukturierten Versorgung durch die Einführung einer am EBM orientierten Leistungsvergütung zu konterkarieren. Der EBM ermöglicht aktuell nicht die Abbildung der komplexen Leistungsangebote der PsIA, insbesondere sind das komplexe Leistungsangebot bei Kreativtherapien sowie die Teamleistung nicht ausreichend in der Honorierung abgebildet.	nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen; auch eine Anpassung der Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V ist nicht Teil der Beratungen im G-BA. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
3	5	GKV-SV, KBV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, PatV („keine Übernahme“)		<b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
3	5	DKG	29	Diakonie - BeB	Vorschlag: Ergänzung, <i>dass im Rahmen der besonderen Versorgungsform nach § 92 Abs. 6b SGB V definierte Leistungsinhalte von den Richtlinien der Regelversorgung abweichen können, um Ziel und Zweck der neuen Versorgungsform realisieren zu können.</i> Dies betrifft z.B. die Soziotherapie sowie die Richtlinien-therapie.		<b>DKG, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Jedoch sind nach Beschluss der Richtlinie ggf. gezielte Anpassungen der adressierten Richtlinien anzustreben. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Versorgung nach dieser Richtlinie ist gleichermaßen Bestandteil der Regelversorgung. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
3	5	DKG	31	SHV	Ablehnung von Position DKG	...durch die Arbeit im Netzverbund (entsteht) für die Leistungserbringer	<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Mehraufwand, der nicht in den bestehenden Leistungsrechtlichen Grundlagen abgebildet ist.	Keine Änderung.
3	5	DKG	35	ackpa	Zustimmung zu Position DKG	Es ist notwendig, unmissverständlich klar zu stellen, dass bestehende und funktionierende Unterstützungssysteme nicht aufzulösen oder zu gefährden sind. Vielmehr ist die Abstimmung untereinander gemeinsam mit den Patient*innen z.B. mithilfe von Netzwerkgesprächen und Hilfeplankonferenzen zu fördern. Diese Leistungen sind zu vergüten. Daher ist bei Überarbeitung der Richtlinie darauf hinzuwirken, dass ergänzende Einzel- oder Komplexleistungen der Kontextarbeit in die	<p><b>DKG, GVK-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen; auch eine Anpassung der Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V ist nicht Teil der Beratungen im G-BA.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						bestehenden Vergütungssysteme der beteiligten Akteure eingefügt werden.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Keine Änderung.
3	5	DKG	37	BDK	Zustimmung zu Position DKG Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Für im Rahmen bestehender Regelversorgung erbrachte Leistungen gelten die leistungsrechtlichen Grundlagen des jeweiligen Leistungserbringers. <b>Die jeweilige Vergütung bleibt bestehen.</b>“</i>	Ansonsten besteht keine ausreichende Rechtssicherheit.	<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Es erfolgen klarstellende Ausführungen in den Tragenden Gründen. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen; auch eine Anpassung der Vergütung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>der psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V ist nicht Teil der Beratungen im G-BA.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
3	5	DKG	39	BAPP	<p>Finanzierung: Wenn die GKV bereits an dieser Stelle die Finanzierung in die vorhandene Regelleistung zu schieben gedenkt, dann lässt sich schon jetzt prognostizieren, dass die Umsetzung nicht gelingen wird. Die Verbesserung der Bedarfsplanung für die PP/KJP, in sowie die gesonderte Finanzierung von Zusatzleistungen, wie die Teilnahme am runden Tisch und Koordinations- und Konsultationsleistungen, werden nötig sein. Das gilt insbesondere in strukturschwachen Regionen.</p>		<p><b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen; auch eine Anpassung der Vergütung der psychiatrischen</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V ist nicht Teil der Beratungen im G-BA. Keine Änderung.
3	5	GKV-SV, KBV, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, PatV („keine Übernahme“)		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  Keine Änderung.
3	5	DKG	41	APK	Der Fortbestand der PIA mit ihrer unbestrittenen und unverzichtbaren Versorgungsleistung darf nicht beeinträchtigt werden. Die additiven Leistungsangebote im Rahmen der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Angebote sollte flexibilisiert werden, um Versicherte mit komplexen Behandlungsbedarf bedarfsgerecht behandeln zu können.		<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung der psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden.</p> <p>Regelungen, die Einrichtungen nach § 118 Absatz 2 und 3 betreffend werden in der Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V und deren Anlagen getroffen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
3	5	DKG	53	VPKD	Zustimmung zu Position DKG	Die Strukturen von Krankenhäusern beinhalten andere Vorhaltekosten und die Prozesse sowohl der stationären Strukturen und Ambulanzen nach § 118 sind auf aufwendigere und zeitintensivere Diagnostik und Behandlung als im ambulanten Bereich ausgelegt. Eine Vergütung orientiert am EBM ist für diese komplexen Versorgungsstrukturen im Rahmen der berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgung nicht leistungsgerecht.	<b>DKG, GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen; auch eine Anpassung der Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V ist nicht Teil der Beratungen im G-BA.  Keine Änderung.

Stand: 12.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
3	5	DKG	56	DDPP	Ablehnung von Position DKG Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, PatV („keine Übernahme“)		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§ 3 Absatz 6

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
3	6		42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung		<b>Alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
3	6		54	MEG	Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der MWBO der BPTK für Psychologische Psychotherapeut*innen und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen“.</i>		<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

**B. Ausgestaltung des Netzverbundes**

**§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes**

**§ 4 Absatz 1**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	1	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	<p>...Das neue ambulante Leistungsangebot ... soll entsprechend [der Gesetzesbegründung] insbesondere über eine Weiterentwicklung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung und die verbindliche Vernetzung und Kooperation dieser Leistungserbringer*innen entwickelt werden. Es ist daher sachgerecht, dass die Netzverbünde zunächst über einen vertraglichen Zusammenschluss der teilnahmeberechtigten Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen gebildet werden ...Vor dem Hintergrund, dass die Netzverbünde bestimmte Kooperationsverträge obligatorisch abzuschließen haben, damit eine Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie möglich ist, ist es insbesondere sachgerecht,</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Änderung in „(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, sofern sie entweder Mitglied in einem Netzverbund nach Absatz 2 sind, einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						die Kooperationspartner*innen in Absatz 1 Satz 1 entsprechend dem Vorschlag der KBV aufzuführen.	
4	1	KBV und KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	<p>Zustimmung zu Formulierungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der KBV „...ist die Bildung eines wohnortnahen, berufsübergreifenden Netzverbundes mit Kooperationspartnern.“</li> <li>- der KBV, DKG: „...gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen, <b>psychosomatischen</b> oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</li> </ul>	<p><b>Alle:</b> Diese Formulierung hat die bessere Präzision.</p> <p><b>Alle:</b> Siehe Begründung zu § 1 Absatz (2) Satz 1</p> <p><b>DPV, DGPT:</b> Bei Nennung der schwer psychisch Kranken und deren Behandlungsbedarf müsste es u.E. immer „und/oder“ heißen, um das Vorliegen von Komorbiditäten explizit mit zu erfassen</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Änderung in: „(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, sofern sie entweder Mitglied in einem Netzverbund nach Absatz 2 sind, einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben.</p> <p>(2) Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten: [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die gewählte "oder"-Variante umfasst ein optionales „und“.</p>
4	1		14	VAKJP	<p>Vorschlag:  <i>„Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines <b>regionalen, berufsgruppenübergreifenden</b> Netzwerkverbundes mit Kooperationspartnern.“</i></p>	<p>Örtliche Nähe ist wichtig für eine gute Kooperation. Ein Wohnortbezug kann nur in Hinblick auf den/die Patient*in erfolgen, deshalb an dieser Stelle besser „regional“.</p>	<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert.</p> <p>Keine Änderung.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es erfolgte eine Zusammenführung der §§ 3 und 4, die die zuvor gewählte Formulierung überflüssig machte.</p>
4	1		16	DGSP	<p>Regionaler Bezug – Bezug zu Sozialraum /Lebenswelt – Ressourcen nutzen</p> <p>Berufsgruppenübergreifender Ansatz wichtig!</p> <p>Welche Anreize sind hier zur Umsetzung notwendig?</p>	<p>Regionale Kompetenzen bündeln, berufsspezifische Expertise zusammenführen – Optimum an Wissen / Erfahrung für Pat. nutzbar machen</p> <p>Berufsübergreifende Teambildung – Begegnung auf Augenhöhe im Netzwerk</p>	<p><b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p>
4	1		21	Caritas	<p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <p><i>„...Die Mitglieder des Netzverbundes gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen [KBV/DKG:, psychosomatischen] oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf durch Bildung wohnortnaher patientenindividueller Teams.“</i></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</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie regelt Mindestanforderungen für die Bildung eines Netzverbundes; eine Überregulierung durch Vorgaben für einzelne Behandlungsteams soll vermieden werden. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>sollte auch Kooperationspartner aus anderen Sozialleistungsbereichen, wie z.B. Sozialpädagog_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 Leistungserbringer_innen besteht, sollte die Kreisgrenze nicht obligat sei.</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><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, es erfolgt eine Übernahme in die Tragenden Gründe.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	1	GKV-SV, DKG, PatV	22	BAG GPV	<p>Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, DKG, PatV "regionalen":</p> <p>Der regionale Bezug ist hier verbindlich festzuhalten. Die im weiteren Verlauf gewählten Formulierungen</p>	<p>Die SGB V Orientierung ist nachvollziehbar, entspricht aber nicht den praktischen Erfordernissen bei diesem Personenkreis. Deshalb sollte die Teil-</p>	<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst,</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					fordern zwingend eine entsprechende Vernetzung mit weiteren Leistungen und Leistungsträgern vor allem aus dem Bereich der Sozialen Teilhabe nach SGB IX. Daher ist die Mitgliedschaft des Netzverbundes in einem GPV oder einem vergleichbaren regionalen Netzwerk notwendig	nahme von Bausteinen der Sozialen Teilhabe nach SGB IX sichergestellt werden	um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert. Keine Änderung.
4	1	GKV-SV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, DKG, PatV „ <i>regionalen</i> “	Wenn unter Region der Landkreis oder die kreisfreie Stadt verstanden wird, so unterstützen wir das. Unter einer Region sollte nicht verstanden werden z. B. der Zusammenschluss von 2 halben Kreisen, so dass Teile von einem Kreis nicht abgedeckt werden.  Ziel sollte die bundesweite Abdeckung aller Kommunen sein.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da der Begriff der Regionalität die Wohnortnähe nicht inkludiert. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Begrifflichkeit in diesem Zusammenhang zu unbestimmt ist, bzw. eine nähere Definition nicht vorgenommen werden konnte.
4	1	KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG,  Vorschlag zur Ergänzung: „ <i>psychosomatischen, psychosozialen</i> “	Siehe vorherige Argumentation	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Behandlung richtet sich vorrangig auf psychiatrische oder psychotherapeutische Indikationen; bei der Behandlung dieser Erkrankungen werden natürlich auch immer

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>psychosoziale Faktoren berücksichtigt. Eine Ergänzung an dieser Stelle würde jedoch dazu führen, dass die Schwerpunktsetzung nicht mehr dem gesetzlichen Auftrag gerecht wird. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird in der Richtlinie nicht gefolgt. Die Aufzählung der drei gewählten Behandlungsbedarfe umfasst selbstverständlich auch die psychosozialen Behandlungsbedarfe. Es erfolgt eine entsprechende Klarstellung in den Tragenden Gründen.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	1		30	SpiFa	Der SpiFa sieht die obligate Bildung einer komplexen Netzverbundstruktur mit großer Skepsis. Der Kosten- und Bürokratieaufwand ist nicht hinterlegt...		<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Gesetzgeber stellt mit dem Rege-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt nach Definition dieser Richtlinie (§ 2 Absatz 4) 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 ist. Das ist aber auch durch die Erbringung von Psychotherapie und Pharmakotherapie aus einer Hand bereits erfüllt. Bei der Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen kommt es entscheidend auf die vollständig vorhandenen 4 Handlungskompetenzen an, ergänzt durch eine Kooperation mit einer Beratungsstelle, die das soziotherapeutische Leistungs-Spektrum abdeckt, und eine Vernetzung mit mindestens einer geeigneten Klinik.</p> <p>Das kann durchaus in einer größeren ärztlichen Einzelpraxis mit Angestellten, in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum vorgehalten werden...</p>		<p>lungsauftrag einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung eine (bessere) Vernetzung der an der Versorgung psychischer Erkrankungen mit komplexem Behandlungsbedarf in den Mittelpunkt; gleichzeitig sollen auch die Übergänge zwischen dem ambulanten und stationären Sektor verbessert werden. Es erscheint daher sachgerecht, eine verbindliche Netzverbundstruktur zu etablieren, die diesem Ziel Rechnung trägt.</p> <p>Keine Änderung.</p> <p><b>KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>PatV:</b> Anregung der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Es ist nicht nachvollziehbar, wie auf dem angeregten Weg der Auftrag des Gesetzgebers umgesetzt werden sollte.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	1		31	SHV	Der Begriff Leistungserbringer wird im Laufe des Entwurfs nicht konsistent genutzt. Zum Teil sind damit die Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, und zum Teil auch die weiteren Leistungserbringer in den Netzverbänden angesprochen.	Die Begrifflichkeiten sollten im gesamten Text eindeutig genutzt werden.	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Richtlinie wird in Bezug auf die Verwendung des Begriffes Leistungserbringer überprüft. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Eine Prüfung auf konsistente Nutzung des Begriffes ist erfolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	1 + 2	GKV-SV, DKG, PatV	32	DVGVP	Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, DKG, PatV „ <i>regionalen</i> “	Das Prinzip der regionalen Zuordnung ist eine tragende Grundlage jeder vernetzten Arbeit mit schweren psychischen Erkrankungen.	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>bereits in § 1 definiert. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da der Begriff der Regionalität die Wohnortnähe nicht inkludiert</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Begrifflichkeit in diesem Zusammenhang zu unbestimmt ist, bzw. eine nähere Definition nicht vorgenommen werden konnte.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	1	GKV-SV, DKG, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, DKG, PatV „ <i>regionalen</i> “	Die Regionalität des Netzverbundes garantiert den notwendigen Sozialraumbezug.	<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da der Begriff der Regionalität die Wohnortnähe nicht inkludiert</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Begrifflichkeit in diesem Zusammenhang zu unbestimmt ist, bzw. eine nähere Definition nicht vorgenommen werden konnte.</p>
4	1	KBV, PatV	36	PIBB	<p>Vorschlag:  <i>„Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung <del>nach</del> diese RL ist ein regionaler Netzverbund, der eine wohnortnahe intersektorale, berufsübergreifende Versorgung verantwortet und durch Kooperationsverträge zwischen den Leistungserbringern nach Abs.3 sichert.“</i></p>	<p>Der Verweis auf die wohnortnahe <i>und</i> regionale Versorgung ist für eine inhaltliche und praktikable Umsetzung sinnvoll, insbesondere für unterversorgte Regionen, in denen erst entsprechende Strukturen aufgebaut werden müssen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert. Keine Änderung.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da der Begriff der Regionalität die Wohnortnähe nicht inkludiert</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es erfolgte eine straffende Zusammenführung der §§ 3 und 4, die die zuvor gewählte Formulierung überflüssig machte. Die weiteren vorgeschlagenen Begrifflichkeiten in diesem Zusammenhang sind zu unbestimmt, bzw. konnte eine nähere Definition nicht vorgenommen werden.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt</p>
4	1	KBV	39	BDP	Zustimmung zu Formulierung KBV zur wohnortnahen Versorgung	„Wohnortnah“ ist konkreter als „regional“.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	1		41	APK	<p>Vorschlag:  <i>„...Die Mitglieder des Netzverbundes gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung <b>insbesondere</b> von schwer psychisch Kranken mit einem komplexen psychiatrischen [KBV/DKG: „psychosomatischen] oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</i></p> <p>Von der Begrifflichkeit wäre <b>„Kooperationsnetz“</b> oder <b>„Koordinationsnetz“</b> geeigneter.</p>	<p>Strukturvorgaben und Verfahrensroutinen für die einzelfallbezogene Koordination sind sinnvoll, solche ergeben sich aus den § 5 und § 6 des RL-E im Teil B und im Teil C. Darüberhinausgehende Strukturvorgaben für die regionale Versorgungsstruktur und Steuerung einschließlich leistungsträgerübergreifender Kooperationen/Einbezüge sind auch sinnvoll (Gemeindepsychiatrischer Verbund). Diese sind jedoch unseres Erachtens nicht über Richtlinien zur BSKV zu etablieren und sollten auch nicht ausschließlich an deren Organisation orientiert sein. Wir bezweifeln daher, in diesem Zusammenhang einen auf die BSKV</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Änderung in „(2) Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						bezogene Netzverbund zu regeln. Der Kooperationsvertrag/ Netzverbundvertrag der Beteiligten an der BKSv sollte aus Sicht der APK nur die groben Strukturen der Zusammenarbeit regeln Die vorgeschlagenen Regelungen wirken für Zwecke BSKV überdimensioniert... Unter Berücksichtigung dieses generellen Vorbehalts nehmen wir zu einzelnen Punkten Stellung. Die gesetzliche Vorgabe ist zu beachten.	Sinne des § 2 gewährleisten: [...]“ <b>KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es erfolgte eine straffende Zusammenführung der §§ 3 und 4, die die zuvor gewählte Formulierung überflüssig machte. <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt
4	1		42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu allen Positionen		<b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Keine Änderung.
4	1		47	CBP	Zustimmung zu allen Positionen Vorschlag zur Ergänzung: <i>„...Die Mitglieder des Netzverbundes gewährleisten eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Kranken</i>	In der Definition des Netzwerkverbunds sollte zum Ausdruck kommen, dass dieser nicht selbst den Patienten/die Patientin behandelt, sondern ein regionales Verbundnetz dar-	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie regelt Mindestanforderungen für die Bildung eines Netzverbundes; eine Über-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf durch Bildung wohnortnaher patientenindividueller Teams.“</i></p>	<p>stellt, aus dem sich wohnortnahe patientenindividuelle Teams herausbilden, die sektorübergreifend agieren können. Der Zusammenschluss sollte auch Kooperationspartner aus anderen Sozialleistungsbereichen, wie z.B. Sozialpädagog_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 Leistungserbringer_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>regulierung durch Vorgaben für einzelne Behandlungsteams soll vermieden werden. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, es erfolgt eine Übernahme in die Tragenden Gründe.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<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	1	KBV und KBV, DKG	52	IGPS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zustimmung zu Formulierung KBV „<i>wohnnahen, berufsgruppenübergreifenden</i>“</li> <li>2. Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG „<i>psychosomatischen</i>“</li> </ol>	<p>Zu 1. Diese Formulierung hat die bessere Präzision.</p> <p>Zu 2. Siehe Begründung zu § 1 Absatz (2) Satz 1</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung zu 1 wird grundsätzlich gefolgt</p>
4	1	GKV-SV, DKG, PatV	53	VPKD	Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, DKG, PatV „regionalen“	Siehe Begründung zu § 1 Abs. 2.1. Das Angebot muss niedrigschwellig und gut erreichbar sein.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da der Begriff der Regionalität die Wohnortnähe nicht inkludiert</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	1	KBV, DKG	53	VPKD	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG „ <i>psychosomatischen</i> “	Siehe Begründung zu § 1 Abs. 2. Gerade schwer psychosomatisch Erkrankte können von dieser RiLi profitieren.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Änderung in „(2) Der Netzwerkverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten: [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	1	GKV-SV, PatV	56	DDPP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV  Vorschlag zur Ergänzung: <i>„...oder / <b>und</b> psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.“</i>	Schwer psychisch Kranke haben einen psychiatrisch und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, dem durch diese Richtlinie unbedingt entsprochen werden muss. Ziel ist eine verbindliche Kooperation zwischen den Netzwerk-TeilnehmerInnen und aller an dem Fall Beteiligten, die psychotherapeutische Behandlungsqualität sichert und sich nicht auf reines organisatorisches Fallmanagement beschränkt.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die gewählte Formulierung schließt auch eine Kombination aus psychiatrischem und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ein. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die gewählte "oder"-Variante umfasst ein optionales „und“. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
4	1	KBV	57	BED	Zustimmung zu Position KBV	Nur eine wohnortnahe Versorgung, ist ein niedrighschwelliger Zugang zur Versorgung. Eine gelingende multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzt zudem das Zusammenwirken aller an der Versorgung beteiligten Gesundheits(fach)berufe, und dies unabhängig von	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel



Stand: 12.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						deren institutioneller Verortung, voraus.	einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§ 4 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	2	KBV	02	BÄK	Ablehnung von Position KBV	Aufgrund der Schwere der Erkrankungen, der an der Versorgung nach Richtlinie teilnehmenden Patientinnen und Patienten, muss der Gesamtbehandlungsplan obligatorisch unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugarztes erstellt werden. Nur sie verfügen über die ausreichende Kompetenz die Behandlung auch im somatischen Bereich zu überblicken, entsprechende Diagnostik und Therapie durchzuführen beziehungsweise zu veranlassen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da auch psychologische Psychotherapeuten mit der vorgesehenen engen Abstimmung mit Ärzten die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans übernehmen können.
4	2	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	Psychologische Psychotherapeut*innen als Bezugspsychotherapeut*Innen: vgl. Begründung zu § 5 Absatz 1 Nennung des patientenindividuellen Behandlungsteams in Satz 2 als wesentliches Element der Versorgung nach dieser Richtlinie: vgl. § 5 Absatz 3	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versor-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>gung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
4	2	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	<p>Zustimmung zu Position KBV</p> <p>Vorschlag: ...der Absatz soll lauten:</p> <p><i>„(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem regionalen Netzwerk. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung</i></p>	<p>Diese Formulierung bietet den größtmöglichen Praxisbezug.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten in einem patientenindividuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“</i></p>		<p>diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Anregungen wurden bei der Überarbeitung der §§ 3 und 4 im Zusammenspiel mit den Tragen den Gründen berücksichtigt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	2	KBV	14	VAKJP	Zustimmung zu Position KBV Vorschlag: „Die Versorgung der Patient*innen erfolgt <i>nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem wohnortnahen</i> Netzwerkverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin, eines Bezugarztes <i>oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten</i> in einem individuellen Behandlungsteam gemäß § 5 in Verbindung mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringern.“	Auf den/die individuelle Patient*in bezogen, sollten die Versorgungsangebote möglichst wohnortnah sein.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	2	KBV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV, PatV „ <i>oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten</i> “ Individueller Gesamtplan und Einbezug- wenn notwendig - von Leistungserbringern außerhalb von SGB V	Personale Kontinuität, zielorientiertes und für Pat. transparentes Handeln; sektorübergreifende Ressourcennutzung +Lebensweltbezug	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und stellt zu Beginn der Versor-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>gung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
4	2	GKV-SV, DKG	18	DGPM	<p>Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, DKG:  <i>„Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6.“</i></p>	<p>... eine medizinische Kompetenz und die Abwägung der somatischen, sozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans (ist) unumgänglich.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	2	KBV	21	Caritas	Zustimmung zu Formulierung KBV „in einem patientenindividuellem Behandlungsteam“	s. Kommentierung zu § 4 Absatz 1. Die Zusammenarbeit mit kooperierenden und vor allem auch sonstigen Leistungserbringer_innen nach Absatz 5 ist ein wesentlicher Aspekt in einem multiprofessionellen Team.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie regelt Mindestanforderungen für die Bildung eines Netzverbundes; eine Überregulierung durch Vorgaben für einzelne Behandlungsteams soll vermieden werden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	2	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV Die Kooperation ist das Mindestmaß, welches hier festzuschreiben ist.	siehe Anmerkung zu § 3	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Zustimmung zur Aufnahme der Kooperationspartner. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
4	2	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG, PatV „nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem“		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Der Verweis auf die Behandlung nach individuellem Bedarf wurde gestrichen, da davon auszugehen ist, dass die Versorgung stets am patientenindividuellen Behandlungsbedarf orientiert erfolgt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
4	2	PatV	27	BApK	Zustimmung zu Formulierung PatV <i>„und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 5.“</i>	Zum Erfolg wird die Versorgung nur, wenn alle mit einbezogen sind.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Zustimmung zur Nennung der Kooperationspartner. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	2	KBV, PatV	28	UBSKM	Zustimmung zu Formulierung KBV <i>„in einem patientenindividuellen Behandlungsteam“</i>	Um die Behandlungskontinuität bei einem Wechsel zwischen bestehenden Versorgungsformen und der Versorgung nach	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie regelt Mindestanforderungen für die Bildung eines



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						dieser Richtlinie zu gewährleisten, muss die Möglichkeit der patientenindividuellen Behandlungsteams bestehen (siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 2).	Netzverbundes; eine Überregulierung durch Vorgaben für einzelne Behandlungsteams soll vermieden werden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	2	PatV	29	Diakonie - BeB	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag: Ergänzung, dass es sich um regionale Netzwerke handeln soll.		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden; auf den Regionalbezug wurde an dieser Stelle verzichtet, das Ziel einer leicht erreichbaren Versorgungsstruktur ist bereits in § 1 definiert. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da der Begriff der Regionalität die Wohnortnähe nicht inkludiert.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	2	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Formulierung PatV <i>„und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 5“</i>	Siehe unten zu Abs. 5	<b>GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Zustimmung zur Nennung der Kooperationspartner. Änderung in „(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, sofern sie entweder Mitglied in einem Netzverbund nach Absatz 2 sind, einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben“ <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	2	KBV, DKG, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position KBV, DKG PatV <i>„nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend“</i>		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Der Verweis auf

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>die Behandlung nach individuellem Bedarf wurde gestrichen, da davon auszugehen ist, dass die Versorgung stets am patientenindividuellen Behandlungsbedarf orientiert erfolgt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
4	2	KBV, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Formulierung KBV, PatV „ <i>oder einer Bezugspsychotherapeutinnen oder eines Bezugspsychotherapeute</i> “]	Die Leitung auf Bezugsärzt*innen zu beschränken ist nicht notwendig, ggf. ist der Bezug eher zu einem/einer Psychotherapeut*in gegeben.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	2	PatV	34	Dt. PaWo	<p>Zustimmung zu Position PatV  <i>„und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 5“</i></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Zustimmung zur Nennung der Kooperationspartner. Änderung in „(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, sofern sie entweder Mitglied in einem Netzverbund nach Ab-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							satz 2 sind, einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben“ <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	2	KBV, PatV	36	PIBB	Ablehnung von Formulierung KBV („...in einem patientenindividuellem Behandlungsteam“)  Zustimmung zu Formulierung KBV und PatV („oder einer Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten“)	Dies ist nicht in jedem Fall erforderlich.  Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen gleichermaßen wie die oben aufgeführten Fachärztinnen und Fachärzte als Verantwortliche aufgeführt werden.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Ablehnung der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten. Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
4	2	KBV, PatV	37	BDK	<p>Ablehnung von Position KBV und PatV Die Leitung der Versorgung/Gesamtbehandlungsplan durch ein*e Bezugspsychotherapeut*in wird abgelehnt. (sh. auch §1 (3) )</p>	<p>Die Behandlungsleitung muss zwingend durch einen Bezugsarzt/Bezugsärztin erfolgen. Viele Patient*innen der Zielgruppe brauchen eine multimodale Diagnostik und Therapie, die somatische und pharmakologische Maßnahmen beinhaltet. Lediglich Ärzt*innen/Psychiater*innen können alle hierfür relevanten Aspekte überblicken und koordinieren. Daher muss die Leitung zwingend an eine(n) Facharzt/Fachärztin als</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da auch psychologische Psychotherapeuten mit der vorgesehenen engen Abstimmung mit Ärzten die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans übernehmen können.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Bezugsarzt gebunden sein (sh. auch §1 Absatz 3).	
4	2		38	BAPP	<p>Vorschlag:</p> <p>„Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt <del>[GKV-SV: entsprechend des individuellen Behandlungsbedarfes durch einen]</del> <b>[GKV-SV: entsprechend des individuellen Behandlungsbedarfes durch einen]</b> <b>[KBV/DKG/PatV: nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem]</b> <b>[GKV-SV/KBV/DKG: regionalen]</b> Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes <b>[KBV/PatV: oder einer Bezugspsychotherapeutinnen oder eines Bezugspsychotherapeuten]</b> <b>[KBV: in einem patientenindividuellen Behandlungsteam]</b> gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6 <b>[PatV: und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 5].</b></p>		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Änderung in: „(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, sofern sie entweder Mitglied in einem Netzverbund nach Absatz 2 sind, einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben.</p> <p>(2) Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leis-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>tungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten: [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Anregungen wurden bei der Überarbeitung und Zusammenführung der §§ 3 und 4 im Zusammenspiel mit den Tragenden Gründen berücksichtigt.</p>
4	2	KBV	39	BDP	<p>Zustimmung zu Formulierung KBV</p> <p>Bei der Erstellung des Behandlungsplanes erachten wir es als zentral, dass dieser „nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend“ und „in einem patientenindividuellen Behandlungsteam“ (analog KBV) erstellt wird</p>	<p>Eine rein ärztliche Festlegung des zentralen Behandlungsplanes widerspräche dem Netzwerkgedanken.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b>Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Der Verweis auf die Behandlung nach individuellem Bedarf wurde gestrichen, da davon aus-</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							zugehen ist, dass die Versorgung stets am patientenindividuellen Behandlungsbedarf orientiert erfolgt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	2	KBV, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, PatV „ <i>oder eine Bezugspsychotherapeutinnen oder ein Bezugspsychotherapeuten</i> “  Vorschlag: Ergänzung: <i>... Der Gesamtbehandlungsplan wird gemeinsam mit der Patientin und dem Patienten von der Bezugärztin oder dem Bezugsarztes [KBV/PatV: oder eine Bezugspsychotherapeutinnen oder ein Bezugspsychotherapeuten) oder einem Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin erstellt.“</i>		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Anregungen wurden bei der Überarbeitung und Zusammenführung der §§ 3 und 4 und in § 9 im Zusammenspiel mit den Tragenden Gründen berücksichtigt.</p>
4	2		45	DGPPN	<p>Ablehnung von Formulierung KBV und PatV</p> <p>Die Leitung der Versorgung/Gesamtbehandlungsplanung durch Psychologische Psychotherapeuten wird nicht unterstützt.</p>	<p>Niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten nehmen bisher in keiner Weise in einer koordinierenden Funktion an der Versorgung von Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf teil. Psychologische Psychotherapeuten sind</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da auch psychologische Psychotherapeuten</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						im umschriebenen Bereich der Psychotherapie hochqualifiziert, sie verfügen aber nicht über die umfassende Qualifikation von Fachärzten in Diagnostik und multimodaler Therapie. Daher muss die Leitung zwingend an einen Facharzt als Bezugsarzt gebunden sein.	mit der vorgesehenen engen Abstimmung mit Ärzten die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans übernehmen können.
4	2		47	CBP	<p>Vorschlag: Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt [KBV/DKG/PatV: nach individuellem Bedarf 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]</p> <p>[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>Zur Begründung der Ergänzung „in einem patientenindividuellem Behandlungsteam“, s. Kommentierung zu § 4 Absatz 1.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit kooperierenden und vor allem auch sonstigen Leistungserbringern nach Absatz 5 ist ein wesentlicher Aspekt in einem multiprofessionellen Team.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Änderung in: „(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, sofern sie entweder Mitglied in einem Netzwerkverbund nach Absatz 2 sind, einen Kooperationsvertrag mit einem Netzwerkverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben.“</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>(2) Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten: [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Anregungen wurden bei der Überarbeitung und Zusammenführung der §§ 3 und 4 und in § 9 im Zusammenspiel mit den Trägern Gründen berücksichtigt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	2	KBV/ GKV-SV, KBV, DKG	52	IGPS	<p>Zustimmung zu Position KBV mit Ergänzung GKV-SV, KBV, DKG. Vorschlag:</p> <p><i>„(2) Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt <del>[GKV-SV: entsprechend des individuellen Behandlungsbedarfes durch einen]</del> <b>[KBV/DKG/PatV: nach individuellem Bedarf berufsgruppenübergreifend in einem]</b> <b>[GKV-SV/KBV/DKG: regionalen]</b> Netzverbund. Die Versorgung erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes <b>[KBV/PatV: oder einer Bezugspsychotherapeutinnen oder eines Bezugspsychotherapeuten]</b> <b>[KBV: in einem patientenindividuellen Behandlungsteam]</b> gemäß § 5 in Verbindung mit einer Koordinatorin oder einem Koordinator nach § 6 <del>[PatV: und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringern und Leistungserbringern gemäß Absatz 5]</del></i></p>	Diese Formulierung bietet den größtmöglichen Praxisbezug.	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Im weiteren Beratungsverlauf wurden die §§ 3 und 4 zusammengefasst, um Redundanzen zu vermeiden. Änderung in: „(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, sofern sie entweder Mitglied in einem Netzverbund nach Absatz 2 sind, einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben.</p> <p>(2) Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgrup-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>penübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten: [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Anregungen wurden bei der Überarbeitung und Zusammenführung der §§ 3 und 4 und in § 9 im Zusammenspiel mit den Tragenden Gründen berücksichtigt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	2		56	DDPP	<p>Zustimmung zu Position KBV und zu Zusatz PatV „und in Zusammenarbeit mit kooperierenden und sonstigen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 5“.</p> <p>Vorschlag: Ergänzung:  <b>„Die Kooperation der NetzwerkverbundteilnehmerInnen, mit Verbindung ambulanter Leistungen der zu-</b></p>	<p>Gerade bei besonders schwierigen PatientInnen ist eine verbindliche Zusammenarbeit verschiedener AnbieterInnen erforderlich; hier sollte die Verbindung ambulanter Leistungen der zuständigen Klinik und des außerklinischen Bereichs regelhaft sein. Auch wenn diese Verbindlichkeit nicht im ersten</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Zustimmung zur Nennung der Kooperationspartner. Ablehnung des Ergänzungsvorschlages. Die gewählte Formulierung sieht eine verbindliche Einbindung der des ambulanten und</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><b><i>ständigen Klinik und des außerklinischen Bereichs sollte verbindlich und nicht selektiv erfolgen.“</i></b></p>	<p>Schritt erreichbar ist, bleibt sie Ziel und Qualitätsmaßstab.</p>	<p>stationären Bereichs vor. Änderung in „(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen, sofern sie entweder Mitglied in einem Netzverbund nach Absatz 2 sind, einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Anregungen wurden bei der Überarbeitung und Zusammenführung der §§ 3 und 4 im Zusammenspiel mit den Tragenden Gründen berücksichtigt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

§ 4 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	3	DKG	01	BÄK	Zustimmung zu Position DKG (mindestens sechs Fachärztinnen oder -ärzten und sechs Psychotherapeutinnen oder -therapeuten)	Der Netzverbund muss eine realistische Größe haben, um seine Funktion vollumfänglich erfüllen zu können. Wird die Anzahl der Verbundteilnehmer zu klein gewählt, kann nicht von einem Verbund gesprochen werden und die Versorgung kann nicht gewährleistet werden. Ist die Anzahl der Teilnehmer zu hoch angesetzt, besteht die Gefahr, dass in vielen Regionen unter Umständen keine Verbände zustande kämen.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerrinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>6</b> Fachärztinnen und Fachärzten für             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> <li>c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>d. oder Neurologie</li> </ol> </li> </ol>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>davon insgesamt mindestens 5 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) bis c), und</p> <p>2. 6 ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	DKG, KBV	02	BPtK	Ausgehend von dem Regelungsvorschlag der DKG unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung gemäß	...der Vorschlag der DKG von je 6 Fachärzt*innen und Psycho-	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Der

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>dem Vorschlag der KBV schlägt die BpTK vor, § 4 Absatz 3 wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„Der Netzwerk besteht aus mindestens:</i></p> <p><i>1. 6 Fachärztinnen und Fachärzten für</i></p> <p><i>a) Psychiatrie und Psychotherapie</i></p> <p><i>b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i></p> <p><i>c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie</i></p> <p><i>d) Neurologie,</i></p> <p><b><i>hierunter mindestens 4 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) oder c), und</i></b></p> <p><i>2. 6 ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten.</i></p> <p><b><i>Aufgrund regionaler Besonderheiten kann in Ausnahmefällen von den Bestimmungen dieses Absatzes abgewichen werden. Die Gründe für ein Unterschreiten der Mindestanforderungen sind gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung darzulegen.“</i></b></p>	<p>therapeut*innen als Mindestanforderung an einen Netzwerk (ist) sachgerecht, um ein hinreichend umfassendes und ausdifferenziertes multiprofessionelles Leistungsangebot zu gewährleisten, das den schwer psychisch kranken Patient*innen möglichst wohnortnah zur Verfügung gestellt werden kann. Auch der gebotenen Entscheidungsfreiheit der Patient*innen bei der Wahl der sie behandelnden Fachärzt*in und Psychotherapeut*in kann dadurch ...Rechnung getragen werden...</p> <p>Vor dem Hintergrund .... der Notwendigkeit, im Netzwerk neben den differenzierten psychotherapeutischen Versorgungsangeboten insbesondere auch eine spezifische psychiatrische Versorgung sicherzustellen, spricht sich die BpTK dafür aus, bezogen auf die Gruppe der Fachärzt*innen ergänzend eine Mindestanzahl von vier Ärzt*innen aus den Fachgebiete-</p>	<p>Netzwerk benötigt eine kritische Größe, um eine relevante Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen, aus diesem Grund wird von der Möglichkeit von der vorgegebenen Mindestgröße abzuweichen abgesehen. Änderung in „Der Netzwerk ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringenden und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten:</p> <p>1. <b>6</b> Fachärztinnen und Fachärzten für</p> <p>a. Psychiatrie und Psychotherapie,</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>ten Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde bzw. Psychiatrie und Neurologie vorzusehen...</p>	<p>b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,  d. oder Neurologie  <b>davon insgesamt mindestens 5 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) bis c),</b>  und  <b>6</b> ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten [...]“  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Der Punkt der regionalen Abweichungsbefugnis wird begrüßt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	3		05	VKD	Wir halten die Normierung auf eine bestimmte Größe und Menge für ungeeignet. Das in dem Entwurf dieser Richtlinie beschriebene Konstrukt ist von so hoher Komplexität, dass ... eine Verantwortungsdiffusion die Folge sein wird... Die teilweise völlig illusionären Zahlen (KBV 15 Fachärzte*innen) werden ein Grund dafür sein, dass diese Netzverbände nicht arbeiten können, weil das Personal schlichtweg nicht zur Verfügung steht.	Die Strukturen sind ...deutlich zu straffen. Verantwortlichkeiten sind klar zu benennen und zu konzentrieren.	<b>GKV-SV, KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Die Vorgabe einer festen Mindestgröße ist erforderlich, damit die Netzverbände eine relevante Versorgung entfalten können. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Praxiserfahrungen auch aus Innovationsfondsprojekten sprechen gegen Inselfösungen. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	3 + 4	PatV	06	bpa	Zustimmung zu Position PatV Änderungsvorschlag: <b>„Einbezogen werden zugelassene Pflegedienste, die die Voraussetzungen / Vorgaben des § 5 der Bundesrahmenempfehlungen nach § 132 a Abs 1 SGB V erfüllen.“</b>	Der bpa unterstützt die Bildung von Netzverbänden, mahnt jedoch an, dass im Sinne der Zielsetzung einer gestuften, berufsgruppenübergreifenden, wohnortnahen, bedarfsgerechten, personenzentrierten sektoren-	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Leistungserbringer der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege sind bereits in den Mindestvorgaben des Netzverbundes

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						ren- und Setting übergreifenden Versorgung zwingend auch zugelassene Pflegedienste einzubeziehen sind, die die Voraussetzungen des § 5 der Bundesrahmenempfehlungen gemäß § 132a Abs 1 SGB V erfüllen. Nur durch die Einbindung der fachpsychiatrischen Pflegedienste kann das Leistungsangebot – im Bedarfsfall auch mit niedrighschwelligen Leistungen – geschaffen und flächendeckend in Ergänzung zur Psychotherapie angeboten werden. ..	berücksichtigt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt
4	3	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV  <b>DPV, DGPT:</b> Es muss jedoch die Möglichkeit geben, besonders bei lokalem Mangel an Leistungserbringern auch mit kleineren multiprofessionellen Einheiten zu arbeiten, um den betroffenen Patienten ein niedrighschwelliges, möglichst wohnortnahes Behandlungsangebot zu ermöglichen; dies trifft z.B. auf ländliche Regionen zu.	...Ein funktionierendes Versorgungsnetz muss eine kritische Größe haben, um die notwendige Vielfalt an Versorgung und „Spezialisierung“ in einer Region abbilden zu können... Hier (In der Richtlinie) wird nicht die Regelversorgung beschrieben, sondern ein ...Versorgungsangebot für Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf. Ein Arzt und auch 5 Ärzte können alleine die Struktur für alle Besonderheiten der vernetzten Versorgung nicht	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Sehr große, lose Verbünde, in denen die einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur sporadisch zusammenarbeiten, werden dem Ziel einer verbesserten und berufsgruppenübergreifenden, koordinierten sowie strukturierten Versorgung nicht gerecht. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						bilden und aufrechterhalten. Hinzu kommt die Besonderheit, dass manche Ärzte durch ihre psychotherapeutische Tätigkeit neben der psychiatrischen Arbeit eine vergleichsweise niedrige Patientenzahl versorgen. Auch diesen Ärzten muss es möglich sein, Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf...zu versorgen. Anderenfalls entsteht ein Flaschenhals in der Versorgung, wo eigentlich niedrigschwelliger Zugang erfolgen sollte.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt
4	3		08	AWO	Als Mindestvorgaben für den regionalen Netzwerkverbund schlagen wir vor: <ul style="list-style-type: none"> <li>- „<b>2</b> <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie</i></li> <li>- <b>2</b> <i>ärztliche oder psychologische Psychotherapeutinnen oder</i> <i>therapeuten</i></li> <li>- <b>1</b> <i>zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit regionaler Versor-</i></li> </ul>	Um auch in strukturschwachen Regionen Netzwerkverbünde aufbauen zu können, sollten die Mindestvorgaben dafür möglichst niedrig angesetzt werden. Gleichzeitig sollten im Sinne eines Mindestmaßes an Wahlfreiheit der Versicherten wenigstens zwei einschlägige Fachärztinnen bzw. Fachärzte und zwei Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten im Netzwerkverbund tätig sein.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Netzwerkverbund benötigt eine kritische Größe, um eine relevante Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen, aus diesem Grund wird die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf sechs festgelegt. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>gungsverpflichtung und ermächtigtter Psychiatrischer Institutsambulanz nach § 118 SGB V und</i></p> <p>- <b>1 Leistungserbringerin oder Leistungserbringer von Ergotherapie, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege oder Soziotherapie“</b></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	GKV-SV	09	DVSG	<p>Kann kein soziotherapeutischer Leistungserbringer eingebunden werden, sind Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagoge*innen mit mindestens zweijähriger Erfahrung mit psychisch kranken Menschen in den Netzwerk einzubeziehen.</p>	<p>Ohne qualifizierte Sozialarbeit kann die Grundintention der Richtlinie nicht erfüllt werden und es bleibt bei einer rein medizinisch verkürzten Behandlungssicht.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Qualifikationsvoraussetzungen für die Übernahme der Koordinationsfunktion sind in § 5 geregelt; diese umfasst bereits die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>gefolgt, sollte aber aufgrund von Praxiserfahrungen in der Umsetzung der Richtlinie vorbehaltlich leistungsrechtlicher Fragen ggf. wieder aufgegriffen werden.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	GKV-SV	09	DVSG	<p>Vorschlag zur Ergänzung:  <b>„5. einem Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung und ermächtigter psychiatrischer Institutsambulanz nach §118 SGB V“</b></p>	<p>Psychiatrische Institutsambulanzen sind aufgrund ihres Auftrags und ihrer personellen Ausstattung besonders geeignet, Netzwerkverbünde erfolgreich zu gestalten.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Einbindung eines Krankenhauses, das die regionale Pflichtversorgung innehat, ist zwar grundsätzlich wünschenswert, eine verpflichtende Vorgabe führt jedoch dazu, dass sich Netzverbünde nicht gründen können, wenn sich das Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung nicht an Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>gefolgt, maßgeblicher Vertragspartner sind Krankenhäuser mit einschlägiger Spezialisierung auf psychische Erkrankungen.</p> <p><b>DKG:</b> Krankenhäuser werden über Kooperationsverträge bei der Bildung eines Netzverbundes einbezogen. Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt</p>
4	3		11	BFLK	<p>Vorschlag:</p> <p><i>„Der Netzverbund besteht aus den unter §3 genannten Leistungserbringern, mindestens jedoch aus</i></p> <p><i>1 FA für Psychiatrie und Psychotherapie <b>oder</b></i></p> <p><i>1 FA für Psychosomatische Medizin <b>oder</b></i></p> <p><i>1 FA für Nervenheilkunde <b>und</b></i></p> <p><i>1 ärztl. oder psychol. Psychotherapeuten, <b>und</b></i></p>	<p>Die Anzahl der aufgeführten Personen sollte nicht zu groß bemessen sein, denn gerade in ländlichen Gegenden sind weder die Anzahl noch die geforderte Qualifikation vorhanden. Bei einer Vergrößerung des Gebietes wäre dann eine wohnortnahe Versorgung nicht mehr sichergestellt. Insbesondere Angebote der Soziotherapie und der pHKP sind regelhaft</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. In der Richtlinie werden Mindestanforderungen für die Bildung von Netzverbänden geregelt. Eine Beschränkung ausschließlich auf die Leistungserbringer der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege als - neben den</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>1 zugelassenen Krankenhaus nach §108 SGB V mit psychiatrischen /psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie regionaler Pflichtversorgung <b>und</b></i></p> <p><i>1 Leistungserbringer der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gem. §132a SGB V abgeschlossen hat.“</i></p>	<p>nicht gleichzeitig verfügbar. In den Richtlinien zur Soziotherapie und psychiatrischen Hauskrankenpflege finden sich zudem große Überschneidungen. Die Soziotherapie findet den Zugang zum Patienten von der sozialpädagogischen, sozialarbeiterisch-administrativen Seite, die pHKP findet den Zugang von der medizinisch-pflegerischen Seite. Pflegefachpersonen können pflegerische Behandlungsstrategien umsetzen und ärztliche Behandlung ...unterstützen. Daher ist der pHKP der Vorzug zu geben.</p>	<p>Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - zusätzlich in den Netzverbund einzubindende Profession, birgt die Gefahr, dass Netzverbände nicht gegründet werden können, wenn diese nicht in der Region verfügbar sind. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	PatV	15	DGVT	<p>Zustimmung zu Position PatV</p> <p>Bei dem PatV-Vorschlag ist die Zahl „3“ durch „5“ bei den <b>Psychotherapeut*innen</b> zu ersetzen.</p>	<p>...die von der KBV vorgeschlagene Größe von jeweils 15 Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen kann insbesondere</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						für ländliche Regionen eine nicht überwindbare Hürde bedeuten.	<b>GKV-SV:</b> Der Einschätzung von Expertinnen und Experten zufolge benötigen etwa 10 % der Behandlungsfälle einer psychiatrischen Praxis eine Versorgung nach dieser Richtlinie. Eine durchschnittliche psychiatrische Praxis wies in den letzten Jahren rund 500 bis 540 Behandlungsfälle im Quartal auf (Quelle: www.kbv.de); entsprechend ergibt sich eine Anzahl je Praxis von ca. 50 bis 54 Patientinnen und Patienten, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen. Bei psychotherapeutischen Praxen liegt die Anzahl der Behandlungsfälle hingegen bei etwa 50. Es erscheint daher sachgerecht nicht in der Anzahl der im Netzverbund mindestens tätigen Fachärztinnen und Fachärzten sowie den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>unterscheiden. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen</p>
4	3	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Einschätzung von Expertinnen und Experten zufolge benötigen etwa 10 % der Behandlungsfälle einer psychiatrischen Praxis eine Versorgung nach dieser Richtlinie. Eine durchschnittliche psychiatrische Praxis wies in</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							den letzten Jahren rund 500 bis 540 Behandlungsfälle im Quartal auf (Quelle: www.kbv.de); entsprechend ergibt sich eine Anzahl je Praxis von ca. 50 bis 54 Patientinnen und Patienten, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen. Bei psychotherapeutischen Praxen liegt die Anzahl der Behandlungsfälle hingegen bei etwa 50. Es erscheint daher sachgerecht nicht in der Anzahl der im Netzverbund mindestens tätigen Fachärztinnen und Fachärzten sowie den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu unterscheiden. Keine Änderung.
4	3	DKG	18	DGPM	Zustimmung zu Position DKG, dass ein Verbund aus mindestens sechs Fachärzten und sechs ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten bestehen sollte. Vorschlag: ...im Netzverbund (sollen) zumindest Ergotherapeuten, Physiotherapeuten	Nur so ist sicherzustellen, dass diese in der Versorgung schwer	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sind als Generalisten für die Grundversorgung der Patientin-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>sowie Leistungserbringer des Reha-Sports dem Netzverbund angehören.</p> <p>Da ein Großteil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen durch Hausärzte versorgt wird und diese einen sehr hohen Anteil der psychopharmakologischen Behandlung übernehmen, befürwortet die DGPM die Integration der hausärztlichen Versorgung in die Netzverbände. Außerdem ist für eine Reihe von Patienten, z. B. mit chronifizierter Anorexie oder somatoformen Schmerzstörungen, die Vernetzung der Versorgung mit den somatischen Behandlungsbereichen von zentraler Bedeutung. Hier bedarf es klarer Regelungen, wie die Netzverbände mit dem somatisch medizinischen Bereich kooperieren.</p>	<p>erkrankter Patienten notwendigen Therapiebausteine in die Behandlung zu integrieren sind.</p>	<p>nen und Patienten zuständig; die hier vorgelegte Richtlinie zielt jedoch auf eine spezialisierte Versorgung psychischer Erkrankungen mit komplexem Behandlungsbedarf. Änderung in „Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten:</p> <p>2. <b>6</b> Fachärztinnen und Fachärzten für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> </ul>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,  d. oder Neurologie <b>davon insgesamt mindestens 5 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) bis c),</b>  und  <b>6</b> ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	3	KBV, DKG	21	Caritas	<p>Zustimmung zu Positionen KBV, DKG, die anstelle einer vertraglichen Integration von Ergotherapeut_innen, Soziotherapeut_innen und Leistungserbringer_innen von psychiatrischer Krankenpflege ...verpflichtende Kooperationsverträge mit den drei genannten Leistungserbringer_innen vorsehen.</p> <p>Bezüglich der Gruppengröße wird keines der vier Modelle unterstützt. Der Verbund darf weder zu klein (GKV-SV) noch zu groß (KBV) sein. ... Bei der Festlegung der Mindestvorgaben der Gruppengröße sollte sich der GBA ... an den Erkenntnissen der Projekte des Innovationsfonds zur berufsübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung von psychisch schwer kranken Menschen mit komplexen Behandlungsbedarf orientieren.</p> <p>Keines der 4 vorgeschlagenen Netzverbundmodelle erfüllt aus Sicht des</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz jedoch nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Änderung in „Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit mindestens</p> <p>1. einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene [GKV-SV: und ei-</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Deutschen Caritasverbands alle Kriterien an die Zusammensetzung. Unterstützt wird die Position von GKV-SV, dass am Netzwerk namentlich Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 verbindlich beteiligt werden müssen. Was die Anzahl der Netzwerkpartner anbelangt, ist der Netzverbund nach dem Modell des GKV-SV mit 4 Personen zu klein, der Netzverbund der KBV mit 30 Personen zu groß (auch wenn aufgrund regionaler Besonderheiten von dieser Zahl abgewichen werden kann)....</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>		<p>ner psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V] und mindestens einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer der Ziffern 2. – 4:</p> <p>2. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V oder</p> <p>3. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, die oder der einen Vertrag zur Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen hat oder</p> <p>4. einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.“</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	3	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Einschätzung von Expertinnen und Experten zufolge benötigen etwa 10 % der Behandlungsfälle einer psychiatrischen Praxis eine Versorgung nach dieser Richtlinie. Eine durchschnittliche psychiatrische Praxis wies in den letzten Jahren rund 500 bis 540 Behandlungsfälle im Quartal auf (Quelle: www.kbv.de); entsprechend ergibt sich eine Anzahl je Praxis von ca. 50 bis 54 Patientinnen und Patienten, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen. Bei psychotherapeutischen Praxen liegt die Anzahl der Behandlungsfälle hingegen bei etwa 50. Es erscheint daher sachgerecht nicht in der Anzahl der im Netzverbund mindestens tätigen Fachärztinnen und Fachärzten sowie</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu unterscheiden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.
4	3	PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position PatV mit folgenden Änderungsvorschlägen: <del>„5 1 Fachärztinnen und Fachärztinnen</del> für a) <i>Psychiatrie und Psychotherapie,</i> b) <i>Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i> c) <i>Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</i> d) <i>oder Neurologie</i>	Ziel ist die möglichst einfache Gründung von Netzverbänden mit einer Basisstruktur. Die wahren Personalanzahlen werden sich bei der Zulassung aus der Abdeckung der Region und dem Leistungsangebot ergeben.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Netzverbund benötigt eine kritische Größe, um eine relevante Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen, aus diesem Grund wird die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte sowie der

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>und</p> <p>2. <del>3</del> <b>1</b> <del>ärztlichern</del> oder <del>Psychologischen</del> <del>Psychotherapeutinnen</del> oder <del>Psychotherapeuten</del></p> <p>und</p> <p>3. einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V <del>mit regionaler Versorgungsverpflichtung und ermächtigter Psychiatrischer Institutsambulanz nach § 118 SGB V</del> und..."</p>		<p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf sechs festgelegt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	PatV	29	Diakonie - BeB	<p>Zustimmung zu Position PatV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung um <b>Beschäftigung von Genesungsbegleiter*innen, bei mindestens einem beteiligten Leistungserbringer des Netzverbundes</b></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Einbindung von Peers/ExIn wird vom Grunde her unterstützt; jedoch besteht die Schwierigkeit</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>rigkeit, dass es kein einheitliches Curriculum für die Peers/ExIn gibt und daher auch keine klare Aufgabenabgrenzung erfolgen kann. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, eine situative Einbeziehung von Genesungsbegleiter:innen steht dem nicht entgegen.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	3 - 6		30	SpiFa	<p>Die Strukturierung kann nicht ausschließlich quantitativ in Anzahl der Leistungsträger der verschiedenen Berufsgruppen festgelegt werden.</p> <p>Es zeigt sich in den höchst unterschiedlichen Ausgestaltungswünschen der Mindest- und Optionsanforderungen des Behandlungssettings der Schwammcharakter der Konstruktion, der schon alleine dadurch bedingt ist, dass es keine validen Diagnosen, keine sonstigen validen Einschlusskriterien, keine substantiellen Ziele, keine Fachgebiets-Zuweisungen und ein diffuses Zustän-</p>		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Charakter der neuen Regelung zielt darauf ab, ein Zusammenwirken der verschiedenen Fachdisziplinen herbeizuführen; hierbei soll jedoch nicht in den Tätigkeitsbereich der verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer interveniert werden. Entsprechend ist es gerade die</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>digkeitsgerangel zwischen Kostenstrukturen und Leistungsträgern gibt...</p> <p>Der zugrundeliegende wirkliche Bedarf der betroffenen Kranken ist weder erfasst noch spielt er die zentrale Rolle. Das gilt auch fachgebietsbezogen. Ergänzende körperorientierte Maßnahmen, wie sie in der Psychosomatischen Medizin zielführend sind, fehlen beispielsweise ganz...</p>		<p>Rahmensetzung die ein flexibles Zusammenspiel im Rahmen der Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglicht. Keine Änderung.</p>
4	3	PatV	31	SHV	<p>Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„4. einer Leistungserbringerin oder Leistungserbringer der Ergotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege <b>und ggf.</b> der Soziotherapie“</i></p>	<p>Das Wort „oder“ impliziert eine Wahlmöglichkeit für jeden Netzverbund zwischen den drei unterschiedlichen Leistungserbringern. Wir sehen alle drei Leistungen als grundsätzlich für die Versicherten als vorzuhaltende Angebote an.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. In der Richtlinie werden Mindestanforderungen für die Bildung von Netzverbänden geregelt. Die Vorgabe, wonach sowohl Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Ergotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie verpflichtend in den Netzverbund einzubinden sind, birgt die Gefahr, dass Netzverbände nicht gegründet werden können, wenn diese nicht</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							in der Region verfügbar sind. Keine Änderung. KBV: Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
4	3	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„5. Leistungserbringern, die gemäß § 64b SGB V oder § 140a SGB V bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen, soweit diese in der Netzregion tätig sind.“</i>	vgl. § 3 Abs. 4 Zi. 4	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Eine gesonderte Nennung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die gemäß § 64b SGB V oder § 140a SGB V Verträge abschließen können, ist nicht erforderlich; die gewählte Formulierung schließt entsprechende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht aus, wenn sie den geforderten Qualifikationen des Netzverbundes entsprechen. Keine Änderung. <b>KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.
4	3	KBV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV	<p>Der bvvp unterstützt uneingeschränkt den Ansatz der KBV mit breit aufgestellten Netzwerkstrukturen, aus denen dann Patient*innen-individuelle Teams gebildet werden...Die Verpflichtung zur Kooperation mit weiteren Kräften, die dann je nach individuellem Bedarf in das Behandlungsteam für die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden, ist sachgerecht...</p> <p>Die Mindestzahl von 15 Psychiater*innen und 15 Psychotherapeut*innen ist ... geeignet ... nur so kann ...Behandlungskontinuität ...gewährleistet werden.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Sehr große, lose Verbünde, in denen die einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur sporadisch zusammenarbeiten, werden dem Ziel einer verbesserten und berufsgruppenübergreifenden, koordinierten sowie strukturierter Versorgung nicht gerecht. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
4	3	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV	Um wirklich regionale Netzwerkstrukturen zu ermöglichen, dürfen die Anforderungen an die Zahl der Vertreter*innen einzelner Berufsgruppen nicht zu hoch sein, gleichzeitig wäre die Beschränkung auf Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen für die	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Der Netzwerkverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leis-



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Möglichkeit Komplexbehandlungen zu erbringen nicht ausreichend.</p>	<p>tungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>6</b> Fachärztinnen und Fachärzten für             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> <li>c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>d. oder Neurologie</li> </ol>             davon insgesamt mindestens 5 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) bis c), und           </li> <li><b>6</b> ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten [...]"</li> </ol>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3		35	ackpa	<p>Vorschlag:  <i>„Die vor Ort an der Versorgung beteiligten Akteure arbeiten in geeigneten Konsultationsformen wie z.B. Netzwerkgesprächen und Hilfeplan-konferenzen kontinuierlich zusammen. Ziel ist die hilfreiche Verknüpfung der unterschiedlichen Unterstützungsangebote für die jeweiligen Patient*innen. Die Patient*in-</i></p>	<p>Die genannten Teilnehmenden der Netzverbände (insbesondere KBV-Vorschlag) gehen an einer realistischen Umsetzung dieser Versorgungsform im gesamten Bundesgebiet völlig vorbei. Aktuell wäre so etwas nur umsetzbar in Ballungsräumen oder in Großstädten. Aber auch dort dauert es aktuell in der Regel ein Jahr bis ein</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. § 3 enthält Vorgaben für die Zusammensetzung des Netzverbundes, in § 6 hingegen werden die Aufgaben und die Organisation des Netzverbundes geregelt; dort sind bereits Fallbesprechungen adressiert. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>nen und ihre nächsten Bezugspersonen werden in diesen Prozess und dessen Begleitung zentral eingebunden.“</i>	Mensch mit einer psychotischen Ersterkrankung eine fachkundige Behandlung erhält. Organisational muss die Einführung einer neuen Versorgungsform aber grundsätzlich unabhängig vom besonderen Engagement und Willen einzelner Akteure sein. Dies ist bei der hier dargestellten Regelung nicht zu erwarten. Insbesondere die Umsetzung in bundesländerübergreifenden Regionen erscheint völlig unrealistisch, wenn z.B. auch noch mehrere KV`en zu beteiligen wären.	<b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Es sind Regelungen in den §§ 6 und 10 zu den Änderungsvorschlägen aufgenommen.
4	3	PatV	36	PIBB	Vorschlag: Der Netzverbund besteht 1. mindestens aus 5 Fachärztinnen/Fachärzten für a)+b)+c)+ <b>Psychiatrie, aber keine Neurologen</b>  Punkte 2, 3, 4 wie aufgeführt übernehmen.  Die Mitglieder des Netzverbundes schließen Kooperationsverträge miteinander ab.	Kooperationsverträge dienen einer partnerschaftlichen, vertrauensvollen und verbindlichen Zusammenarbeit im Netzverbund.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte,

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten:</p> <p>2. <b>6</b> Fachärztinnen und Fachärzten für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> <li>c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>d. oder Neurologie <b>davon insgesamt mindestens 5 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) bis c),</b></li> </ul> <p>und</p> <p><b>6</b> ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten [...]“</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	PatV	36	PIBB	<p>Zustimmung zu Position PatV mit Änderungsvorschlag:                      „5 Fachärztinnen und Fachärzten für                      a) Psychiatrie und Psychotherapie,                      b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie                      c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,                      d) <i>Psychiatrie oder Neurologie</i></p>	<p>Hier handelt es sich um die Mindestausstattung, um den komplexen Behandlungsauftrag erfüllen zu können.                      Dies entspricht den langjährigen Erfahrungen in dem eig. Netzverbund als untere Grenze. Andererseits sollte die Mindestanzahl auch nicht zu hoch liegen wie etwa bei dem Vor-</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht zugestimmt. Die Mindestanzahl der Fachärztinnen und Fachärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde auf sechs festgelegt; Ausführungen zum Umfang des Versorgungsauf-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>mit mind. der Hälfte des üblichen Versorgungsauftrags.“</i>	schlag der KBV (15 FÄ), da insbesondere in Flächenländern ein regelmäßiger Austausch nicht möglich ist.	trages erscheinen aus diesem Grund entbehrlich, da der Netzverbund in dieser Zusammensetzung eine gewisse kritische Größe erreicht. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	3	alle	37	BDK	Vorschlag: <i>„Der Netzwerkverbund besteht aus mindestens 5 Fachärzt*innen (sh. §3 (1) ), 5 Psychologische Psychothera-</i>	Bei jeweils 1 Teilnehmer aus den Berufsgruppen (GKV-SV) kann man von einem Netzverbund nicht sprechen. Bei 15	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>peut*innen, einem Leistungserbringer für Ergotherapie oder Soziotherapie oder für psychiatrische häusliche Krankenpflege.“</i>	(KBV) würden nur Großverbände gefördert und ländliche Regionen praktisch rausfallen. Bei der DKG gibt es keine Ergotherapeuten 6 FÄ und 6 PT scheinen aber realistisch. Der PatV Vorschlag scheint sinnvoll.	Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Um der Vernetzung Rechnung zu tragen, sollte keine Beschränkung auf den ambulanten Versorgungsbereich erfolgen, sondern alle an der Versorgung der psychisch erkrankten Menschen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden. Keine Änderung. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	3	GKV-SV	38	BAPP	Zustimmung zu Position GKV-SV	Somit sind auch kleine Versorgungsstrukturen wohnortnah möglich. Den Vorschlag der DKG lehnen wir entscheiden ab, der benannte Personenkreis in aller Regel multiprofessionelle, mobile aufsuchende, niedrigschwellige und alltagsnahe Hilfen benötigt.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Netzverbund benötigt eine kritische Größe, um eine relevante Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen, aus diesem Grund wird die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte sowie der

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf sechs festgelegt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	KBV	39	BDP	Ablehnung von Position KBV	Die von der KBV vorgegebenen Mindestangaben für ärztliche und psychotherapeutische Mitglieder sind in ländlichen Regionen unrealistisch. Zielführender sind an der bereits bestehenden Behandlung orientierte	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>kleinere, flexible „vertraute“ Netzstrukturen (ergänzt um bestenfalls vertraute Strukturen analog §3, Abs 4).</p> <p>Zu kleine Verbände gewährleisten keine Kontinuität der Netzwerkprozesse; dünner besiedelte, ländliche Gebiete müssen hier aber mitgedacht werden.</p>	<p>gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p>
4	3		41	APK	Ablehnung	<p>Eine starre Festlegung obligatorischer Beteiligter des Netzverbundes steht einer flächendeckenden Einführung entgegen und lässt regionale Unterschiedlichkeit außer Acht.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Vorgabe einer festen Mindestgröße und der vorzuhaltenden Qualifikationen ist erforderlich, damit die Netzverbände einerseits eine relevante Versorgung entfalten können und andererseits dem Ziel einer verbesserten berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung gerecht werden. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da im Sinne einer multiprofessionellen Behandlung Mindestzusammensetzungen des Behandlungsteams klar benannt sein müssen.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	<p>Teilweise Zustimmung zu Position GKV-SV</p> <p>Vorschlag:  <i>„Der Netzverbund besteht aus mindestens</i>                      GKV-SV:                      1. 1 Fachärztin oder Facharzt für                      a) <i>Psychiatrie und Psychotherapie,</i>                      b) <i>oder Psychosomatisch Medizin und Psychotherapie</i>                      c) <i>oder Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, und</i>                      2. 1 <i>ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten und</i>                      3. <b>einer soziotherapeutischen Leistungserbringerin oder einem soziotherapeutischen Leistungserbringer</b></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. In der Richtlinie werden Mindestanforderungen für die Bildung von Netzverbänden geregelt. Die Vorgabe, wonach sowohl Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Ergotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie verpflichtend in den Netzverbund einzubinden sind, birgt die Gefahr, dass Netzverbände nicht gegründet werden können, wenn diese nicht in der Region verfügbar</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><del>3 4. einer/m Ergotherapeutin und Ergotherapeuten, einer soziotherapeutischen Leistungserbringerin oder einem soziotherapeutischen Leistungserbringer, die einen Vertrag über die Versorgung mit Soziotherapie gem. § 132b SGB V abgeschlossen haben</del> oder einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, der oder die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat nach § 3 Abs. 4</p> <p>Die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Nummer 1 und <del>2 3</del> müssen jeweils über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen;...regelt.</p> <p>Die Netzwerkarbeit wird über die jeweiligen Leistungserbringer abgerechnet. Leistungserbringer von Ergotherapie, Soziotherapie oder der ambulanten Psychiatrischen Pflege bekommen die bei der koordinierenden Netzwerkarbeit, zusätzlich anfallenden Stunden von den Krankenkassen erstattet.“</p>		<p>sind. Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen; sie sind nicht Teil der Beratungen im G-BA. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	3		44	GNP	<p>Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <b>„Eine/r der beteiligten FachärztInnen muss das Fachgebiet Neurologie vertreten.</b></p> <p><b>Eine/r der beteiligten PsychotherapeutInnen muss das Gebiet der Klinischen Neuropsychologie vertreten; alternativ kann ein/e Klinische NeuropsychologIn über einen Kooperationsvertrag beteiligt sein.</b></p> <p><b>Die Gruppe der möglichen Leistungserbringer, die über einen Kooperationsvertrag eingebunden werden, sollte nicht auf Ergotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege oder Soziotherapie beschränkt sein, sondern geöffnet werden, so dass z.B. auch Logopädie; Bewegungstherapie oder Physiotherapie eingebunden werden kann.“</b></p>	<p>Für einen erheblichen Teil der Zielklientel ist für eine leitliniengerechte Behandlung neurologische und insbesondere neuropsychologische Expertise erforderlich (insbesondere Gruppen F0 und F2). Ohne diese Fachexpertise werden die in der Richtlinie formulierten Ziele für diese Patienten nicht adäquat erreichbar sein. Bei weiteren Patientengruppen besteht der Bedarf an differentialdiagnostischen Mitbeurteilung und einer Mitbehandlung der neuropsychologischen Symptome, um die Teilhabeziele zu erreichen.</p> <p>Die Auswahl der fachlichen Schwerpunkte kooperierender Leistungserbringer sollte eine flexible Schwerpunktsetzung ermöglichen, so dass den tatsächlichen Bedarfen entsprochen werden kann. So sind z.B. Patienten der Gruppe F0 insbesondere auch logopädische o-</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie zielt auf psychisch Erkrankte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen, nicht jedoch auf einen neurologischen Behandlungsbedarf, komplexe neurologische Erkrankungen bedürfen einer speziellen fachspezifischen Versorgung. Die Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie können aus diesem Grund zwar in den Netzverbund eingebunden werden, sind aber nicht verpflichtend für die Bildung eines Netzverbundes. Der Einbezug klinischer Neuropsychologinnen und Neuropsychologen ebenso wie der Einbezug von Logopädie, Physiotherapie etc. kann im Einzelfall sinnvoll sein, ist aber nicht in allen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						der physiotherapeutische Angebote erforderlich, die in den aktuellen Entwürfen nicht berücksichtigt sind.	Fällen erforderlich; aus diesem Grund wird von der Aufnahme abgesehen; die Verordnung der Leistungen bleibt jedoch unbenommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, kann aber als Gegenstand der Evaluation der Richtlinie nach entsprechender Anwendungserfahrung geeignet sein. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	3		44	GNP	Ablehnung von Position KBV	Die hohe Zahl der Netzmitglieder würde die Einrichtung der Verbände erschweren und wäre insbesondere in ländlichen Regionen nicht realisierbar.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.
4	3		45	DGPPN	<p>Ablehnung aller Positionen Vorschlag:</p> <p><b>„Der Netzverbund besteht aus mindestens 10 Leistungserbringern, davon mindestens 5 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Weitere Mitglieder sind Leistungserbringer der in § 3 Abs. 1 genannten Berufsgruppen oder Leistungserbringer für Ergotherapie, Soziotherapie und Psychiatrische Krankenpflege.“</b></p>	<p>Bei einem Zusammenschluss von jeweils einem Vertreter pro Berufsgruppe kann noch von keinem Netzverbund die Rede sein. Die Anforderung eines Zusammenschlusses von insgesamt 30 Fachärzten und Psychotherapeuten ist in vielen ländlich geprägten und/oder stark unterversorgten Regionen nicht umsetzbar und würde die Gründung solcher Verbände unnötig erschweren. Obligat sollten nur Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie als Mitglied des Verbunds vorgegeben werden, da sie alle notwendigen Diagnostik- und Behandlungsangebote vorhalten.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Gesetzgeber stellt mit dem Regelauftrag einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung eine (bessere) Vernetzung der an der Versorgung psychischer Erkrankungen mit komplexem Behandlungsbedarf in den Mittelpunkt; gleichzeitig sollen auch die Übergänge zwischen dem ambulanten und stationären Sektor verbessert werden. Die ausschließliche Vorgabe einer Anzahl von Fachärztinnen und Fachärzten birgt die Gefahr, dass insbesondere die Leistungserbringerinnen und</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Leistungserbringer der Ergotherapie, Soziotherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nicht in den Netzverbund eingebunden werden. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird (nicht) gefolgt. Eine Begründung kann erst nach Beschlussfassung erfolgen.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	3	PatV	46	Dt. Alzheimer	<p>Zustimmung zu Position PatV Nr. 1 – 3</p> <p>Keine Zustimmung zu PatV Nr. 4 „<i>einer Leistungserbringerin oder Leistungserbringer der Ergotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege oder Soziotherapie.</i>“ (irrtümlich ausgewiesen als SN zu § 4 Absatz 4, S. 2)</p>	<p>Die Anforderungen an die Bildung eines Netzwerkes sollten nicht zu eng gefasst werden, damit nicht Regionen, in denen bestimmte LE nicht vorhanden sind, ausgeschlossen sind. Deshalb keine Übernahme des Vorschlages von KBV/DKG</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Einschätzung von Expertinnen und Experten zufolge benötigen etwa 10 % der Behandlungsfälle einer psychiatrischen Praxis eine Versorgung nach dieser Richtlinie. Eine durchschnittliche psychiatrische Praxis wies in den letzten Jahren rund 500 bis 540 Behandlungsfälle im Quartal auf (Quelle: www.kbv.de); entsprechend ergibt sich eine Anzahl je Praxis von ca. 50 bis 54 Patientinnen und Patienten, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen. Bei psychotherapeutischen Praxen liegt die Anzahl der Behandlungsfälle hingegen bei etwa 50. Es erscheint daher sachgerecht nicht in der Anzahl der im Netzverbund mindestens tätigen Fachärztinnen und Fachärzten sowie</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu unterscheiden. Keine Änderung.
4	3		47	CBP	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV</p> <p>Anstelle einer vertraglichen Integration von Ergotherapeut_innen, Sozialtherapeut_innen und Leistungserbringer_innen von psychiatrischer Krankenpflege in den Netzwerk 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 Netzverbundes unterstützenswert, wonach am Netzwerk namentlich Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 verbindlich beteiligt werden sollten. Insbesondere in Regionen mit einer schwachen Versorgungsstruktur sollte der Aufbau eines Netzverbundes nicht daran scheitern müssen, dass nichtärztliche Leistungserbringer_innen nicht zu einer festen vertraglichen Bindung imstande sind. Der CBP setzt sich auch hier für größtmögliche Flexibilität im Interesse der flächendeckenden Sicherstellung dieser Leistung ein. Es ist sicher zu stellen, dass Netzverbünde auch in kleinerem Rahmen in strukturschwachen unterversorgten oder von Unterversor-</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Netzwerkverbund benötigt eine kritische Größe, um eine relevante Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen, aus diesem Grund wird die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf sechs festgelegt. Der Abschluss von Kooperationsverträgen erhöht das Maß an Verbindlichkeit zwischen den Netzwerkverbundbeteiligten, daher wird von losen Kooperationen ohne vertragliche Regelung abgesehen. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>gung bedrohten Regionen entstehen können. An ihre Entwicklung dürfen nicht zu hohe Hürden geknüpft sein ebenso wie ihre Finanzierung nicht von Mindestfallzahlen abhängig sein soll. Ein weiterer unerlässlicher Punkt für eine kluge, strukturierte und wirksame Versorgung der Patient_innen ist <b>das Zusammenführen Gemeindepsychiatrischer Leistungen aus dem SGB IX und Komplexleistungen aus dem SGB V</b>. 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>	<p>Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V, daher sind keine weiterführenden Regelungen zur Kooperation mit Leistungen anderer Sozialgesetzbücher möglich. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	KBV	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV	<p>Diese Netzstruktur ermöglicht die Vorhaltung einer wohnortnahen und flächendeckenden</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Sehr große, lose Verbünde, in denen die</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Versorgung psychisch Erkrankter mit komplexem Versorgungsbedarf.</p> <p>Der KBV- Vorschlag sieht vor, dass sich innerhalb dieser Strukturen kleine Patientenzugewandene Behandlungsteams aus mindestens einer Fachärztin/einem Facharzt und einer/einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin/Psychotherapeuten bilden.</p> <p>Durch die Größe des Netzes ist Behandlerkontinuität gewährleistet. Patient*innen können eine begonnene Psychotherapie oder psychiatrische Versorgung bei ihrer/m Psychotherapeutin/Psychotherapeuten und Psychiaterin/Psychiater beibehalten oder innerhalb des Netzes finden.</p> <p>Dafür ist eine Mindestvorgabe in der Anzahl der Leistungserbringer notwendig...</p> <p>Die Vorgaben des GKV-SV zum Netzverbund sind nicht geeignet ein flächendeckendes Angebot zu etablieren. Sie zielen ab auf wenige fachärztliche Praxen</p>	<p>einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur sporadisch zusammenarbeiten, werden dem Ziel einer vernetzten und berufsgruppenübergreifenden, koordinierten sowie strukturierten Versorgung nicht gerecht. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						die eine kostenintensive Personalstruktur vorhalten. Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf sind gezwungen, laufende Behandlungen aufzugeben um sich in diese wohnortfernen Praxen zu begeben.	
4	3	DKG, PatV	49	DVT	<p>Zustimmung zu Position DKG und PatV bzgl. <i>Mindestgröße des Netzverbundes</i> (je 5-6 Fachärzt*innen für Psychiatrie und 5-6 ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeut*innen)</p> <p>Zustimmung zu Position KBV und DKG bzgl. der <i>Einbindung weiterer Leistungserbringer</i></p>	<p>...Der Vorschlag vom GKV-SV mit nur mindestens einer/einem Fachärzt*in für Psychiatrie und einer/einem Psychologischen Psychotherapeut*in erscheint uns nicht dem Grundgedanken eines professionellen Netzwerkes ;zu entsprechen, in dem Patientinnen je nach Behandlungsbedarf, Behandlungskapazitäten und besonderen Kompetenzen der Leistungserbringer flexibel an unterschiedliche Leistungserbringer im Netzwerk überwiesen werden können. Das andere Extrem stellt der Vorschlag der KBV dar. Ein Netzwerk mit mindestens 15 Psychiater*innen und 15 Psychotherapeut*innen dürfte insbesondere in ländlichen Regionen nur schwer zu bilden sein, da nicht genügend</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten:</p> <p>3. <b>6</b> Fachärztinnen und Fachärzten für</p> <p>a. Psychiatrie und Psychotherapie,</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Leistungserbringer zur Verfügung ständen. Oder das Netzwerk müsste in der Fläche sehr weit ausgedehnt sein, was wiederum die Kooperation und Koordination des Netzwerks und die Zugänglichkeit von spezifischen Leistungserbringern im Netzwerk für Patient*innen erschweren dürfte...</p>	<p>b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,  d. oder Neurologie</p> <p><b>davon insgesamt mindestens 5 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) bis c),</b>  und  <b>6</b> ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	3	KBV	50	BVSD	Zustimmung zu Position KBV		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Sehr große, lose Verbände, in denen die einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur sporadisch zusammenarbeiten, werden dem Ziel einer vernetzten und berufsgruppenübergreifenden, koordinierten sowie strukturierten Versorgung nicht gerecht. Der Einbezug spezieller Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten kann im Einzelfall sinnvoll sein, ist aber nicht in allen Fällen erforderlich; aus diesem Grund wird von der
			51	DGPSF	Ergänzend schlagen wir explizit für die Behandlung chronisch Schmerzkranker Patient*Innen die Einbeziehung spezieller Schmerztherapeut*Innen auf medizinischer Seite (Teilnehmer*Innen an der QSV Schmerztherapie) sowie spezieller Schmerzpsychotherapeut*Innen in den Netzverbund auf, um eine adäquate Behandlung dieser Patientengruppe zu gewährleisten (s.a. Anmerkungen zu §3 (1))		

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Aufnahme abgesehen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	3	KBV	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV	<p>Ein funktionierendes Versorgungsnetz muss eine kritische Größe haben, um die notwendige Vielfalt an Versorgung und „Spezialisierung“ in einer Region abbilden zu können.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Sehr große, lose Verbände, in denen die einzelnen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nur sporadisch zusammenarbeiten, werden dem Ziel einer vernetzten und berufsgruppenübergreifenden, koordinierten sowie strukturierten Versorgung nicht gerecht. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	3	DKG	53	VPKD	<p>Zustimmung zur Position der DKG</p> <p>Ergänzend sollte die <b>Teilnahme von Hausärzten</b> festgelegt werden.</p>	<p>Eine Mindestanzahl Leistungserbringer sollte an der Versorgung nach dieser RiLi beteiligt werden, damit ein ausreichendes Netzwerk zur Verfügung steht.</p> <p>Gerade bei psychosomatischen Erkrankungen sind Hausärzte bei der Behandlung schwer kranker PatientInnen beteiligt und spielen eine wesentliche Rolle bei der Versorgung oder der Koordination der Versorgung somatischer Beschwerden. Sie müssen an der Versorgung nach dieser RiLi beteiligt werden.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Die hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte sind als Generalisten für die Grundversorgung der Patientinnen und Patienten zuständig; die hier vorgelegte Richtlinie zielt jedoch auf eine spezialisierte Versorgung psychischer Erkrankungen mit komplexem Behandlungsbedarf. Änderung in „Der Netzwerkverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten:</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>1. <b>6</b> Fachärztinnen und Fachärzten für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> <li>c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>d. oder Neurologie</li> </ul> <p><b>davon insgesamt mindestens 5 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) bis c),</b> und</p> <p><b>6</b> ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten [...]"</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da es sich um eine spezifische Versorgungsform handelt, die spezifische Kompetenzen erfordert.</p>
4	3		55	DFPP	Ablehnung aller Positionen	<p>Für die Gründung des Netzverbundes dürfen keine theoretisch nicht begründbaren Schwellen aufgebaut werden, ein Verbund soll auch schon bei kleiner Patientenzahl handlungsfähig sein.</p> <p>Generell fokussieren die dargestellten Mindestmerkmale für einen Netzverbund sehr auf das Vorhandensein von Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dies entspricht aus Sicht der DFPP nicht</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Vorgabe einer festen Mindestgröße und der vorzuhaltenden Qualifikationen ist erforderlich, damit die Netzverbände einerseits eine relevante Versorgung entfalten können und andererseits dem Ziel einer verbesserten berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>der Kernintention und den wissenschaftlichen Erkenntnissen, die weltweit zur Frage von STEPPED-CARE-Modellen und Netzverbänden vorliegen. Wir unterstützen durchaus die fachärztliche oder psychologisch-psychotherapeutische Fallführung im Sinne, dass Interventionen und Angebote abzustimmen sind, jedoch braucht es viel mehr weitere Partnerinnen und Partner in Netzwerken, um eine niederschwellige und zielgerichtete Versorgung zu ermöglichen. Der angesprochene Personenkreis braucht in aller Regel multiprofessionelle, mobile-nachgehende, niedrigschwellige und alltagsnahe Hilfen. In STEPPED-CARE-Modellen ist der Facharzt/die Fachärztin oder die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut die Spitze der Versorgungspyramide und es deklinieren sich weitere niederschwellige Angebote darunter. Die Aufgabe dieser Berufsgruppen sind weitest-</p>	<p>gerecht werden. Keine Änderung.  <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						gehend im Monitoring von Intervention und Ergebnissen sowie Verbesserung oder Verschlechterung zu sehen, um gemeinsam mit Casemanagerinnen und -managern abzustimmen, ob eine höhere Versorgungsstufe notwendig ist. Aus Sicht der DFPP widersprechen die dargestellten Mindestanforderungen einem STEPPED-CARE-Modell und werden voraussichtlich keine Verbesserung für die Patientinnen und Patienten mit sich bringen. Je höher die Anforderungen hier geschraubt werden, um so unwahrscheinlicher ist das Zustandekommen dieser Netzwerke, da je nach ländlicher Region es aufgrund der Mengenangaben schon zu natürlichen Ausschlüssen kommt.	
4	3 + 4		56	DDPP	Zustimmung zu Position PatV	Siehe Stellungnahme zu § 4 Absatz 3	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Einschätzung von Expertinnen und Experten zufolge benötigen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>etwa 10 % der Behandlungsfälle einer psychiatrischen Praxis eine Versorgung nach dieser Richtlinie. Eine durchschnittliche psychiatrische Praxis wies in den letzten Jahren rund 500 bis 540 Behandlungsfälle im Quartal auf (Quelle: www.kbv.de); entsprechend ergibt sich eine Anzahl je Praxis von ca. 50 bis 54 Patientinnen und Patienten, die einer Versorgung nach dieser Richtlinie bedürfen. Bei psychotherapeutischen Praxen liegt die Anzahl der Behandlungsfälle hingegen bei etwa 50. Es erscheint daher sachgerecht nicht in der Anzahl der im Netzverbund mindestens tätigen Fachärztinnen und Fachärzten sowie den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu unterscheiden. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.
4	3	GKV-SV	57	BED	Zustimmung zu Position GKV-SV	Auf Grund des Fachkräftemangels gefährdet eine größere Mindestanzahl eine wohnortnahen Versorgung.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Netzverbund benötigt eine kritische Größe, um eine relevante Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen, aus diesem Grund wird die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf sechs festgelegt. Änderung in „Der Netzverbund ist ein

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>vertraglicher Zusammenschluss mindestens folgender Leistungserbringern und Leistungserbringern unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben, die eine kontinuierliche vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 gewährleisten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>6</b> Fachärztinnen und Fachärzten für             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Psychiatrie und Psychotherapie,</li> <li>b. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</li> <li>c. Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,</li> <li>d. oder Neurologie</li> </ol> <b>davon insgesamt mindestens 5 Fachärztinnen und Fachärzte gemäß a) bis c),</b> </li> </ol>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>und</p> <p><b>6</b> ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nur eine ausreichende Mindestgröße das Leistungsversprechen, dass mit der Versorgung nach §92 6b SGB V verbunden ist, realisiert werden kann. Die vorgeschlagene Größe ist aufgrund einschlägiger Praxiserfahrung nicht ausreichend. Regionale Abweichungsbefugnisse dienen der situativen Anpassung nach Sicherstellungsgrundsätzen.</p>



§ 4 Absatz 4

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	4	KBV, DKG	01	BÄK	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Um den Versorgungsauftrag angemessen realisieren zu können, sind verbindliche Kooperationsverträge notwendig. Zudem müssen Regelungen zur Erleichterung der Sektorenübergänge enthalten sein. Für die Erfüllung des Versorgungsauftrags, insbesondere im Krisenfall, ist die Beteiligung mindestens eines regionalen, an der Pflichtversorgung teilnehmenden Krankenhauses notwendig.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Ablehnung der Vorgabe der regionalen Pflichtversorgung. Die Einbindung eines Krankenhauses, das die regionale Pflichtversorgung innehat, ist zwar grundsätzlich wünschenswert, eine verpflichtende Vorgabe führt jedoch dazu, dass sich Netzverbände nicht gründen können, wenn sich das Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung nicht an Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt. Änderung in „Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit mindestens</p> <p>1. einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomati-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>schen Einrichtungen für Erwachsene [GKV-SV: und einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V]</p> <p>und mindestens einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer der Ziffern 2. – 4:</p> <p>2. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V oder</p> <p>3. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, die oder der einen Vertrag zur Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen hat oder</p> <p>4. einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.“</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	4	DKG	02	BPtK	<p>Ausgehend von dem Regelungsvorschlag der DKG schlägt die BPtK ...vor,</p> <p>§ 4 Absatz 4 wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</i></li> <li><i>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Absatz 5 Nr. 1 bis 3.</i></li> </ol> <p><i>Die Kooperationsverträge ...</i></p> <p><i>Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig</i></p>	<p>...Aus Sicht der BPtK ist ...mit Blick auf die Erleichterung der Übergänge von der stationären zur ambulanten Behandlung und umgekehrt eine Kooperation mit einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus erforderlich, das für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig ist. Die ergänzende Vorgabe, dass mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser über psychosomatische Kompetenzen verfügen soll, ist dagegen ... nicht zielführend.</p> <p>Zum einen eignet sich eine Soll-Vorschrift nur begrenzt für die Definition von Mindestanforderungen, zum anderen ist die Begrifflichkeit der psychosomatischen Kompetenzen für ein Krankenhaus zu unbestimmt, um bei einer Prüfung</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die Einbindung eines Krankenhauses, das die regionale Pflichtversorgung innehat, ist zwar grundsätzlich wünschenswert, eine verpflichtende Vorgabe führt jedoch dazu, dass sich Netzverbände nicht gründen können, wenn sich das Krankenhaus mit regionaler Versorgungsverpflichtung nicht an Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt. Änderung in „Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit mindestens</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><del>sein. Zusätzlich soll mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser über psychosomatische Kompetenzen verfügen.“</del></p>	<p>der Kooperationsverträge durch die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen zugrunde gelegt zu werden. Ferner ist nicht erkennbar, inwieweit die psychosomatischen Kompetenzen im Netzverbund zwingend auch über ein zugelassenes Krankenhaus sicherzustellen sind.</p>	<p>1. einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene [GKV-SV: und einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V] und mindestens einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer der Ziffern 2. – 4:</p> <p>2. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V oder</p> <p>3. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, die oder der einen Vertrag zur Soziotherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen hat oder</p> <p>4. einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß §</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>132a SGB V abgeschlossen hat.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DGK, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird (nicht) gefolgt. Eine Begründung kann erst nach Beschlussfassung erfolgen.</p>
4	4	GKV-SV	05	VKD	<p>Mit der vorgesehenen Normierung soll offenbar auch die personelle Mindestvoraussetzung für die PIA detailliert geregelt werden. Dies lehnen wir ab.</p>		<p>Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V können Leistungen im Rahmen ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V und Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen; dies setzt voraus, dass</p> <p>a) sie eine oder einen der in Absatz 2 a) bis c) genannten Fachärztinnen und Fachärzte regelmäßig zur Tätigkeit als Bezugsärztin</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>oder –arzt gemäß dieser Richtlinie vorhalten,</p> <p>b) sie mit mindestens zwei Vertragsärztinnen oder –ärzten gemäß Absatz 2 a) bis c) und mindestens drei Vertragspsychotherapeutinnen oder –therapeuten einen Netzverbundvertrag geschlossen haben. Die Regelungen gemäß Absatz 3 finden Anwendung; die Schließung eines Netzverbundvertrags ersetzt die Notwendigkeit der Einbindung eines Krankenhauses in einem Kooperationsvertrag,</p> <p>c) sie vor erstmaliger Leistungserbringung einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erbringen, den jeweils zuständigen Zulassungsausschuss informieren und sofern die Voraussetzungen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							nicht mehr vorliegen, dies oben genannten Stellen unverzüglich mitteilen. <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	4	GKV-SV	13 19 20	BPM SpiZ BVDN	Ablehnung Position GKV-SV	PIA (BPM: /PsiA) als subsidiäre Versorgungsform und strukturelle Einheit einer Klinik sowie deren Einbezug im Rahmen von Kooperationsverträgen ist an anderer Stelle festgelegt.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden; daher ist es folgerichtig

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							auch psychiatrischen Institutsambulanzen die Möglichkeit zu eröffnen die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes sowie die Koordinationsfunktion zu übernehmen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	4	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG Vorschlag: Der Absatz soll lauten: <i>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</i> <i>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</i> <i>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</i>	<b>DPV, BPM, SpiZ, BVDN:</b> Schlanke ... Beschreibung der Bedingungen wird befürwortet, um die Ausgestaltung den regionalen und schon bestehenden strukturellen Bedingungen anpassen zu können.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche Leistungsinhalte können vereinbart werden.</i></p> <p><i>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.“</i></p>		<p>ren Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden; daher ist es folgerichtig auch psychiatrischen Institutsambulanzen die Möglichkeit zu eröffnen die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes sowie die Koordinationsfunktion zu übernehmen. Änderung in Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V können Leistungen im Rahmen ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V und Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen; dies setzt voraus, dass</p> <p>a) sie eine oder einen der in Absatz 2 a) bis c) genannten Fachärztinnen und Fachärzte regelmäßig zur Tätigkeit als Bezugärztin oder –arzt gemäß dieser Richtlinie vorhalten,</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>b) sie mit mindestens zwei Vertragsärztinnen oder –ärzten gemäß Absatz 2 a) bis c) und mindestens drei Vertragspsychotherapeutinnen oder –therapeuten einen Netzverbundvertrag geschlossen haben. Die Regelungen gemäß Absatz 3 finden Anwendung; die Schließung eines Netzverbundvertrags ersetzt die Notwendigkeit der Einbindung eines Krankenhauses in einem Kooperationsvertrag,</p> <p>c) sie vor erstmaliger Leistungserbringung einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erbringen, den jeweils zuständigen Zulassungsausschuss informieren und sofern die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, dies</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>oben genannten Stellen unverzüglich mitteilen.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird (nicht) gefolgt. Eine Begründung kann erst nach Beschlussfassung erfolgen.</p>
4	4	KBV, DKG	09	DVSG	<p>Vorschlag:  <i>„2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten <b>oder eines staatlich anerkannten Sozialarbeiters/Sozialpädagogen oder einer staatlich anerkannten Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin mit mindestens zweijähriger einschlägiger Berufserfahrung sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.“</b></i></p>	<p>Die Voraussetzung ist in der jetzigen Fassung aufgrund des Mangels an zugelassenen Soziotherapeut*innen in einer Vielzahl von Regionen nicht gegeben. Die Qualifizierung durch ein Studium der Sozialen Arbeit ist bedeutsam zu ergänzen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der § 4 definiert die Mindestvoraussetzungen für die Bildung eines Netzverbundes; Vorgaben zur Qualifikation der koordinierenden Person werden in § 5 getroffen; an dieser Stelle sind die genannten Berufsgruppen bereits berücksichtigt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, sollte aber aufgrund von Praxiserfahrungen in der Umsetzung der</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Richtlinie vorbehaltlich leistungsrechtlicher Fragen ggf. wieder aufgegriffen werden.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, die genannten Berufsgruppen können jedoch gemäß § 3 Absatz 6 ebenso einbezogen werden.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	4	KBV, DKG	21	Caritas	<p>Vorschlag zur Ergänzung: „<i>Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen,</i></li> <li>2. <i>einer Leistungserbringer_innen die gemäß §64b SGB V oder §140a ff. SGBV bereits berufsübergreifende Komplexleistungen für Patienten mit psychischen Erkrankungen erbringen, und/oder</i></li> </ol>	<p>Die Caritas unterstützt, dass zwei zentrale Voraussetzungen für die Bildung von Netzverbänden Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus für psychiatrische Versorgung und einen psychosomatischen Schwerpunkt einerseits sowie den Berufsgruppen der Ergo- und Psychotherapeut_innen sowie von Pflegefachkräften für psychiatrische häusliche Krankenpflege erfüllt sein müssen. Wichtig ist auch der Grundgedanke einer nach Schweregrad gestuften Versor-</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Eine gesonderte Nennung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die gemäß § 64b SGB V oder § 140a SGB V Verträge abschließen können, ist nicht erforderlich; die gewählte Formulierung schließt entsprechende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht aus, wenn sie den geforderten Qualifikationen des Netzverbundes</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<del>2.</del> <b>3. einer Ergotherapeutin...</b> “	gung einschließlich der Vermeidung unnötiger Hospitalisierung, um die Patient_innen wieder in ein normales Alltagsleben zu integrieren und in ihrem häuslichen Umfeld zu stabilisieren.	entsprechen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt aufgrund erheblicher leistungsrechtlicher Abgrenzungsprobleme. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die vorgeschlagene Ergänzung von Leistungserbringern wird bereits durch andere Regelungsinhalte (z. B. § 64 b SGB V - zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V) umfasst. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
4	4		22	BAG GPV	Vorschlag: streichen		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden; daher ist es folgerichtig auch psychiatrischen Institutsambulanzen die Möglichkeit zu eröffnen die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes sowie die Koordinationsfunktion zu übernehmen. Keine Änderung.
4	4	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV ( <i>keine Übernahme GKV-SV-Position</i> )		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden; daher ist es folgerichtig auch psychiatrischen Institutsambulanzen die Möglichkeit zu eröffnen die Rolle der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes sowie die Koordinationsfunktion zu übernehmen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	4	KBV, DKG	27	BApK	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG mit Änderungsvorschlag:  <i>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen <del>mit jeweils mindestens</del></i>  <b>1. einem Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen und</b>  <b>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.</b>            Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche [KBV: Leistungsinhalte] [DKG: <del>Inhalte zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit</del>] können zusätzlich [KBV: <del>im Bedarfsfall</del>] vereinbart werden.            [DKG: <del>Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Zusätzlich soll mindestens eines der koope-</del></p>	<p>Vieles ergibt sich aus den vorherigen Texten, dem Leistungsangebot und aus der Zulassung.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanz und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen, sollten alle an der Versorgung psychischer Erkrankungen Beteiligten in den Netzverbund eingebunden werden. Änderung in Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V können Leistungen im Rahmen ihrer Ermächtigung nach § 118 SGB V und Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen; dies setzt voraus, dass</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><del>rierenden Krankenhäuser über psychosomatische Kompetenzen verfügen.</del>  <del>[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.</del></p>		<p>a) sie eine oder einen der in Absatz 2 a) bis c) genannten Fachärztinnen und Fachärzte regelmäßig zur Tätigkeit als Bezugsärztin oder –arzt gemäß dieser Richtlinie vorhalten,  b) sie mit mindestens zwei Vertragsärztinnen oder –ärzten gemäß Absatz 2 a) bis c) und mindestens drei Vertragspsychotherapeutinnen oder –therapeuten einen Netzverbundvertrag geschlossen haben. Die Regelungen gemäß Absatz 3 finden Anwendung; die Schließung eines Netzverbundvertrags ersetzt die Notwendigkeit der Einbindung eines Krankenhauses in einem Kooperationsvertrag,  c) sie vor erstmaliger Leistungserbringung einen Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen dieser Richtlinie gegenüber den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>und den Ersatzkassen erbringen, den jeweils zuständigen Zulassungsausschuss informieren und sofern die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, dies oben genannten Stellen unverzüglich mitteilen.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird (nicht) gefolgt. Eine Begründung kann erst nach Beschlussfassung erfolgen.</p>
4	4	KBV, DKG	31	SHV	<p>Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG</p> <p><i>„Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit jeweils mindestens...</i></p> <p><i>2. einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten und einer Soziotherapeutin oder einem Soziotherapeuten sowie mindestens einer Pflegefachperson nach Abs. 5 Nr. 1 bis 3.“</i></p>	<p>Die Leistungen der Ergotherapie sind für die Versicherten vorzuhalten, deshalb ist eine Kooperation Voraussetzung und nicht nur bei Bedarf einzubeziehen.</p>	<p>GKV-SV: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die verpflichtende Vorhaltung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Ergotherapie, der soziotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie der Leistungserbringer der psychiatrischen häuslichen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Krankenpflege birgt die Gefahr, dass sich Netzverbände nicht gründen können, wenn eine der genannten Berufsgruppen nicht zur Verfügung steht. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	4	KBV	33	bvvp	Zu überlegen wäre die Vorgabe zum Abschluss eines Kooperationsvertrags mit einem Krankenhaus der Pflichtversorgung.	Es sollte ein Krankenhaus geben, das notfalls schnell aufnehmen kann, als Backup für das ambulante Behandlungsteam. Gerade bei schwer kranken Patient*innen ist dies wichtig. Gleichzeitig ist zu beachten, dass dies in ländlichen Regionen eine hohe Hürde darstellen kann. Gegebenenfalls sind Kooperationsverträge mit mehreren Kliniken sinnvoll...Grundsätzlich müssen i...die teilnehmenden Kliniken zwingend verpflichtet werden,	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Einbindung eines Krankenhauses, das die regionale Pflichtversorgung innehat, ist zwar grundsätzlich wünschenswert, eine verpflichtende Vorgabe führt jedoch dazu, dass sich Netzverbände nicht gründen können, wenn sich das Krankenhaus der Pflichtversorgung nicht an Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						mit den im Netzverbund teilnehmenden ambulanten Einrichtungen zu kooperieren....	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	4	GKV-SV	35	ackpa	<p>Siehe Änderungsvorschlag zu Abs.3, in dessen Logik Abs. 4 entfallen müsste. Es gilt also gleichermaßen: <b>„Die vor Ort an der Versorgung beteiligten Akteure arbeiten in geeigneten Konsultationsformen wie z.B. Netzwerkgesprächen und Hilfeplan-konferenzen kontinuierlich zusammen. Ziel ist die hilfreiche Verknüpfung der unterschiedlichen Unterstützungsangebote für die jeweiligen Patient*innen. Die Patient*innen und ihre nächsten Bezugspersonen werden in diesen Prozess und dessen Begleitung zentral eingebunden.“</b></p>	<p>Grundsätzlich ist eine Versorgung der genannten Patient*innengruppe nur mit Beteiligung der regional versorgenden Krankenhäuser und deren Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit einer Institutsambulanz nach § 118 Abs. 1 oder 2 SGB V denkbar. Jede andere Regelung geht an den Bedarfen und Bedürfnissen dieser Patient*innengruppe vorbei...</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Zustimmung zur Einbindung der psychiatrischen Institutsambulanzen in den Netzverbund. § 3 enthält Vorgaben für die Zusammensetzung des Netzverbundes, in § 6 hingegen werden die Aufgaben und die Organisation des Netzverbundes geregelt; dort sind bereits Fallbesprechungen adressiert. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Es</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							sind Regelungen in den §§ 6 und 10 zu den Änderungsvorschlägen aufgenommen.
4	4	KBV, DKG	36	PIBB	<p>Zustimmung zu Position KBV und DKG mit Änderungsvorschlag:</p> <p><i>„...2. sowie mindestens einem Pflegedienst mit mindestens einer Fachpfleger (besser mehrere) für psychiatrische Versorgung.</i></p> <p><i>3. einem psychosozialen Trägerverein mit zugelassenen Soziotherapeuten sollte obligat sein, um die angestrebte Vermeidung/Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und die Teilhabe in allen Lebensbereichen zu fördern.“</i></p>	<p>Zu 2) Eine Netzverbundarbeit braucht die Teilnahme von Fachpflegediensten, um die Versorgung im Lebensumfeld bei Krisen (Suizidalität mit Absprachefähigkeit), die mehrfachen Aufsuchen und Stützen des P. erfordern,</p> <p>Zu 3) Die soziale Integration bedarf u.a. einer Verbesserung sozialer Fähigkeiten durch psychosoziale-sozialtherapeutische und rehabilitativen Maßnahmen (S3-Leitlinie Psychosoziale Versorgung). In vielen Regionen mangelt es sowohl an Fachpflegediensten als auch Soziotherapeuten. Diese Richtlinie kann den Aufbau dieser Strukturen fördern.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Leistungserbringer der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sowie die soziotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind bereits in der Richtlinie explizit berücksichtigt; einer darüberhinausgehenden Konkretisierung bedarf es nicht. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							(nicht) gefolgt. Eine Begründung kann erst nach Beschlussfassung erfolgen.
4	4	KBV, DKG	36	PIBB	Zustimmung zu Position KBV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7 und Inhalte der näheren Zusammenarbeit, die mit den Leistungserbringern vereinbart werden und zum Ziel haben, Krankenhaus-Aufenthalte zu vermeiden, zu verkürzen und die Teilhabe der Pat. zu fördern und zu stabilisieren.“</i>	Hier ist es wichtig, die Kooperationsverträge inhaltlich zu charakterisieren.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen nach § 7. Weitere mögliche Inhalte zur näheren Ausgestaltung der Zusammenarbeit können zusätzlich vereinbart werden.“ <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird (nicht) gefolgt. Eine Begründung kann erst nach Beschlussfassung erfolgen.
4	4	GKV-SV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV	Es gibt keinerlei Grund, hier Regelungen für Psychiatrische	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Institutsambulanzen zu treffen, die für alle anderen Teilnehmer nicht getroffen werden und anderweitig geregelt sind. Zudem ist das Krankenhaus mit allen seinen Angeboten Kooperationspartner.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden; daher ist es folgerichtig auch psychiatrischen Institutsambulanzen die Möglichkeit zu eröffnen die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes sowie die Koordinationsfunktion zu übernehmen. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	4	KBV, DKG	37	BDK	<p>Zustimmung zu Position DKG</p> <p>Der Abschluss von <u>verbindlichen</u> Netzverbund- und Kooperationsverträgen ist zwingend erforderlich, ebenso der regionale Bezug der Kliniken mit Pflichtversorgung von mindestens einer kooperierenden Klinik.</p>	<p>Ohne <u>verbindliche</u> Netzverbund- und Kooperationsverträge wird das Versorgungsangebot voraussichtlich nicht angemessen realisiert.</p> <p>Der Regionalbezug und die Pflichtversorgung mindestens einer kooperierenden Klinik sichert die Wohnortnähe und die Verfügbarkeit für Krisenbehandlungen (sh. auch §1 (2) )</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Zustimmung zum Abschluss verbindlicher Netzverbund- und Kooperationsverträge. Ablehnung der regionalen Pflichtversorgung. Die Einbindung eines Krankenhauses, das die regionale Pflichtversorgung innehat, ist zwar grundsätzlich wünschenswert, eine verpflichtende Vorgabe führt jedoch dazu, dass sich Netzverbände nicht gründen können, wenn sich das Krankenhaus der Pflichtversorgung nicht an Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	4	KBV, PatV, DKG	39	BDP	<p>Kommt ein Netzwerk nicht zustande, erscheint es nicht zweckmäßig, dass eine Psychiatrische Institutsambulanz dessen Aufgabe übernehmen soll</p> <p>Dass auch <u>stationäre Einheiten</u> Teil der Netzwerke werden sollen, ist positiv. Allerdings sollte die Teilnahme einer stationären Einrichtung für die Netzwerk-bildung nicht verpflichtend Voraussetzung sein.</p>	<p>Ambulanzen können den ambulanten Netzwerk-charakter nicht abbilden.</p> <p>Grundsätzlich ist der ambulante Schwerpunkt der Netzwerke zu betonen.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Den psychiatrischen Institutsambulanzen wird die Möglichkeit eröffnet die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes sowie die Koordinationsfunktion zu übernehmen; die Bildung eines Netzverbundes, der ausschließlich aus einer psychiatrischen Institutsambulanz besteht ist nicht vorgesehen. Keine Änderung.</p>
4	4	KBV, DKG,	41	APK	Zustimmung zu Position KBV und DKG	Wenn ein Netzverbund für notwendig erachtet wird, muss	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Einbindung eines Krankenhauses, das die

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						diesem die versorgungsverpflichtete psychiatrische Klinik angehören.	regionale Pflichtversorgung innehat, ist zwar grundsätzlich wünschenswert, eine verpflichtende Vorgabe führt jedoch dazu, dass sich Netzverbände nicht gründen können, wenn sich das Krankenhaus der Pflichtversorgung nicht an Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	4	GKV-SV	41	APK	Ablehnung von Position GKV-SV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	4		42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV ( <i>keine Übernahme</i> ) Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV ( <i>keine Übernahme</i> )		<b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanz und gleichzeitig den Übergang zwischen dem

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden; daher ist es folgerichtig auch psychiatrischen Institutsambulanzen die Möglichkeit zu eröffnen die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes sowie die Koordinationsfunktion zu übernehmen. Keine Änderung.
4	4	KBV, DKG	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV, DKG Der Abschluss von verbindlichen Netzverbund- und Kooperationsverträgen wird ausdrücklich begrüßt. Diese Verträge sollten Regelungen zum Sektorenübergang enthalten. Die Beteiligung von mindestens einem Krankenhaus mit Pflichtversorgung wird begrüßt.	Ohne verbindliche Netzverbund- und Kooperationsverträge wird das Versorgungsangebot voraussichtlich nicht angemessen realisiert. Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergang müssen für alle Seiten verbindlich getroffen werden.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Es ist unbedingt notwendig, mindestens ein Krankenhaus mit regionaler psychiatrischer Pflichtversorgung an den Netzverbänden zu beteiligen. Eine Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung ist nur möglich, wenn ein Kooperationsvertrag mit dem im akuten Krisenfall zuständigen Krankenhaus besteht.	
4	4		47	CBP	<p>Zustimmung zu Position KBV und DKG</p> <p>Vorschlag:  <i>„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</i></p> <p><b>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)</b></p>	<p>Der CBP unterstützt, dass zwei zentrale Voraussetzungen für die Bildung von Netzverbänden vorliegen müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus für psychiatrische Versorgung und einen psychosomatischen Schwerpunkt und</li> <li>2. den Berufsgruppen der Ergo- und Soziotherapeut_innen, SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sowie von Pflegefachkräften für psychiatrische häusliche Krankenpflege.</li> </ol> <p>Wichtig ist auch der Grundgedanke einer nach Schweregrad</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Eine gesonderte Nennung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die gemäß § 64b SGB V oder § 140a SGB V Verträge abschließen können, ist nicht erforderlich; die gewählte Formulierung schließt entsprechende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht aus, wenn sie den geforderten Qualifikationen des Netzverbundes entsprechen. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><del>2.</del> <b>3.</b> 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 ... und stabilisiert werden.]“</p>	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><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, nicht hingegen jedoch bezüglich des Einbezugs von Leistungserbringern gemäß §64b SGB oder §140a SGB V aufgrund leistungsrechtlicher Abgrenzungsprobleme.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die vorgeschlagene Ergänzung von Leistungserbringern wird bereits durch andere Regelungsinhalte (z. B. § 64 b SGB V - zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V) umfasst.</p>
4	4	KBV,	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV	Der Netzwerkverbund stellt sich multiprofessionell auf. Dazu werden Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus und mindestens einer Ergo- oder Soziotherapeu-	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Zustimmung zur Vereinbarung von Kooperationsverträgen. In der Richtlinie

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>tin/einem Ergo- oder Soziotherapeuten und mindestens einer Pflegefachperson geschlossen. Die Behandlungsteams können diese oder weitere Spezialtherapeut*innen (§ 4 Abs. 5) einbeziehen.</p> <p>Die kooperative Einbeziehung der Klinik ermöglicht die Organisation einer Sektorenübergreifenden Versorgung mit verkürzten Zuweisungswegen in die Klinik und einer Aufnahme von Patient*innen aus dem stationären Setting in die ambulante Komplexversorgung.</p> <p>Weitere Bedingungen an die kooperierenden stationären Einrichtungen zu stellen, wie von der DKG vorgeschlagen (psychosomatische Kompetenzen/psychiatrische Pflichtversorgung) sind u.U. in ländlichen Regionen mit vertretbaren Wegezeiten nicht zu gewährleisten und/oder können diese Einrichtungen überfordern.</p>	<p>werden Mindestanforderungen für die Bildung von Netzverbänden geregelt. Die Vorgabe, wonach sowohl Leistungserbringern und Leistungserbringer der Ergotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie verpflichtend in den Netzverbund einzubinden sind, birgt die Gefahr, dass Netzverbände nicht gegründet werden können, wenn diese nicht in der Region verfügbar sind. Änderung in „Voraussetzung für die Bildung eines Netzverbundes ist der Abschluss von Kooperationsverträgen mit mindestens</p> <p>1. einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene [GKV-SV: und einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>SGB V] und mindestens einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer der Ziffern 2. – 4:</p> <p>2. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer für Ergotherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V oder</p> <p>3. einer Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer, die oder der einen Vertrag zur Sozi- otherapie gemäß § 132b SGB V abgeschlossen hat oder</p> <p>4. einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	4	KBV, DKG	50	BVSD	Zustimmung zu Position KBV  Für den Bereich der Behandlung chronischer Schmerzerkrankungen schlagen wir darüber hinaus vor, dass auch Krankenhäuser bzw. Tageskliniken mit einem multimodalen schmerztherapeutischen Setting an dem Netzverbund teilnehmen sollten.	Da die Schmerztherapie keine eigene Fachrichtung darstellt (und somit weder im ambulanten noch im stationären Bereich bedarfsplanerisch erfasst ist) kann sich die Auswahl geeigneter Einrichtungen an deren Durchführung der OPS-Codes 8-918 (stationär) und 8-91c (teilstationär) orientieren. Eine Komplexbehandlung chronisch Schmerzkranker ohne die Expertise der speziellen Schmerztherapie (Medizin) sowie der speziellen Schmerzpsychotherapie (PT) ist grundsätzlich nicht vorstellbar aufgrund der Komplexität chronischer Schmerzen.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Einbezug spezieller Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten kann im Einzelfall sinnvoll sein, ist aber nicht in allen Fällen erforderlich; aus diesem Grund wird von der Aufnahme abgesehen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			51	DGPSF			
4	4	KBV, DKG, PatV	53	VPKD	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV „keine Übernahme“	Die Integration der Ambulanzen nach § 118 ist systemwidrig und würde die Versorgung der Ambulanzen beeinträchtigen (siehe Stellungnahme zu § 3 Abs. 3).	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden; daher ist es folgerichtig auch psychiatrischen Institutsambulanzen die Möglichkeit zu eröffnen die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes sowie die Koordinationsfunktion zu übernehmen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
4	4	KBV	53	VPKD	Zustimmung zu Position DKG	Schwer psychosomatisch Erkrankte (z.B. schwere Anorexien oder somatoforme Störungen) bedürfen abschnittsweise stationärer Aufenthalte.	<b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Eine Integration in die strukturierte Versorgung erscheint daher zwingend notwendig.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
4	4	KBV, DKG	55	DFPP	Zustimmung zu Position KBV und DKG	Zur Erreichung des Versorgungsziels Kooperationsab-sprachen mit sozialpsychiatrischen Diensten, Krisendiensten, psychosozialen und Suchtberatungsstellen, vor allen Dingen auch Selbsthilfeorganisa-tion hält die DFPP für zielführend, um einen komplexen Versorgungsauftrag erfüllen zu können.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§ 4 Absatz 5

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	5	KBV, DKG	01	BÄK	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Es sollten die ... genannten Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern, einschließlich den von DKG und KBV vorgeschlagenen Suchtberatungsstellen und ambulanten Wohneinrichtungen für Demenzkranke, eingegangen werden, um ...eine optimale, an das Krankheitsbild angepasste Versorgung zu gewährleisten.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
4	5	GKV-SV, KBV, DKG	02	BPtK	<p>Auf Basis des Vorschlags von GKV-SV, KBV und DKG schlägt die BPtK vor, § 4 Absatz 5 wie folgt zu fassen:</p> <p><i>„(5) Vertreterinnen und Vertreter folgender Berufsgruppen oder Einrichtungen können bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Zugelassenen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</i></li> <li><i>2. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrags gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen,</i></li> <li><i>3. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,</i></li> <li><i>4. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V,</i></li> <li><i>5. Zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI,</i></li> <li><i>6. Wohneinrichtungen für psychisch Kranke,</i></li> </ol>	<p>...Um eine auch über die Leistungen des SGB V hinausgehende, abgestimmte und koordinierte Versorgung zu erleichtern, ist es jedoch zielführend, wenn die Netzverbände mit den jeweiligen Einrichtungen und Berufsgruppen Kooperationsverträge abschließen, in denen Absprachen und Grundzüge der Zusammenarbeit geregelt werden können, damit diese von den patientenindividuellen Behandlungsteams im Einverständnis mit der Patient*in leichter in die Versorgung einbezogen werden können .... Die Auflistung nach Absatz 5 erhebt keinen Anspruch auf eine abschließende Benennung der relevanten Einrichtungen und Berufsgruppen, soll den Netzverbänden bei ihren Bemühungen um den Auf-</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>7. <b>Psychosoziale und Suchtberatungsstellen,</b>  8. <b>Ambulante Wohneinrichtungen für Demenzkranke,</b>  9. <b>Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Vertreterinnen und Vertreter dieser Berufsgruppen sind bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr einzubeziehen, sofern eine besondere Expertise hinsichtlich transitionspsychiatrischer und -psychotherapeutischer Aspekte erforderlich ist.,</b>  10. <b>Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,</b>  11. <b>Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,</b>  12. <b>Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,</b>  13. <b>Selbsthilfeorganisationen,</b>  14. <b>Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter,</b>  15. <b>Krisendienste,</b></p>	<p>bau von systematischen Kooperationen aber eine Orientierung bieten.</p>	<p>überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird (nicht) gefolgt. Eine Begründung kann erst nach Beschlussfassung erfolgen.  <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<b>16. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten.</b>		
4	5	GKV-SV, KBV, DKG (mit Ausnahme zu Pos. 2 und Pos. 8)	06	bpa	<p>Zustimmung zu GKV-SV, KBV und DKG Ausgenommen Pos. 2. zu den vorgeschlagenen Pflegefachpersonen als Privatpersonen sowie die in Pos. 8. benannten Wohneinrichtungen. Bei diesen beiden Positionen handelt es sich um keine definierten Leistungserbringer nach dem SGB V und daher ist deren institutionelle Beteiligung, wie oben dargelegt, auch rechtlich ausgeschlossen.</p> <p>Vorschlag  <b>„Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten übernimmt ein durch die Netzwerkpartner bestimmter Leistungserbringer durch hierfür geeignete Beschäftigte.“</b></p>	<p>Vgl. Ausführungen zu § 4 Abs. 3 / 4.</p> <p>Ergänzend zu den obigen Ausführungen:  Was unter ambulant betreuten Wohneinrichtungen für Demenzkranke zu verstehen ist, ist unklar, hierzu gibt es keine eigenständigen Versorgungsverträge.</p> <p>Der bpa bezweifelt die Notwendigkeit, eine Differenzierung bei den geeigneten Berufsgruppen vorzunehmen und verweist darauf, dass es sich regelhaft um Beschäftigte der Leistungserbringer handelt, die nicht als frei verfügbare Personen agieren, sondern in einem Arbeitsverhältnis mit dem benannten Leistungserbringer stehen. Eine Verfügungsbefugnis anderer über diese Personen scheidet insofern aus.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Sofern die Einbindung Selbständiger erfolgen soll, wären neben der Frage der qualitätsgesicherten Leistungserbringung und ihrer Überprüfung - eine Vielzahl sozialrechtlicher und steuerrechtlicher Fragen zu klären.	in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
4	5	GKV-SV, KBV, DKG	08	AWO	...alle relevanten Leistungserbringerinnen und -erbringer der Eingliederungshilfe sollten bei Bedarf in die Versorgung entsprechend der Richtlinie einbezogen werden können. Ebenso sollten Suchtberatungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste oder Krisendienste bei Bedarf einbezogen werden können.	Wir unterstützen psychisch erkrankte Versicherte mit komplexem Unterstützungsbedarf nicht nur in vormals als stationär bezeichneten Wohneinrichtungen, sondern auch in der eigenen Häuslichkeit über ambulante Dienste der Eingliederungshilfe. Um ein abgestimmtes Vorgehen zu ermöglichen, sollten auch diese Dienste in die Versorgung nach der Richtlinie einbezogen werden, so sie in die Versorgung und Unterstützung von schwer psychisch erkrankten Versicherten einbezogen sind. Gleiches gilt auch für Suchtbera-	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						tungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste und Krisendienste.	und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe <b>KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt
4	5	PatV	09	DVSG	Zustimmung zu Position PatV	...Die Komplexität der Problemlagen erfordert zwingend den Miteinbezug von Akteurinnen und Akteuren außerhalb des SGB V.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe
4	5	KBV	14	VAKJP	<p>Im Wesentlichen Zustimmung zu Position KBV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:  <b>„Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, soweit sie schon vorher in die Behandlung der/des Patient*in miteinbezogen waren“</b></p> <p>(Erläuterung: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen haben eine Approbation für die Behandlung bis zum vollendeten 21. Lebensjahr und können in begründeten Ausnahmefällen auch darüber hinaus behandeln.                  Siehe Psychotherapie-RiLi §1, Abs 4...)</p>	<p>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen sollten wie bisher Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf bis zum 21 Lj. behandeln dürfen. Für die Versorgung macht es keinen Sinn, wenn diese Patient*innengruppen durch konkurrierende Richtlinien zu einem Wechsel des Behandlers gezwungen würden...(⇒Behandlungskontinuität und Patientenwille).                  Unnötige Hürden und Verunsicherungen sind unbedingt zu vermeiden.                  Transitionspsychotherapeutische Expertise ist bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen regelhaft gegeben....</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 5 gefolgt.</p>
4	5	PatV	15	DGVT	<p>Zustimmung zu Position PatV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:  <i>„7. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Vertreter dieser Berufsgruppen sind bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr einzubeziehen, sofern eine besondere Expertise hinsichtlich transitionspsychiatrischer und -psychotherapeutischer Aspekte erforderlich ist.“</i></p>	<p>Der PatV(-Vorschlag) ist der umfassende und berücksichtigt auch Leistungsanbieter*innen aus der Eingliederungshilfe, der Suchtarbeit und der psychosozialen Versorgung. Der Begriff „Psychosoziale Beratungsstellen“ umfasst nach unserem Verständnis auch Ehe-, Lebens- und Erziehungsberatungsstellen (Nach SGB VIII). Die Leistungen der Jugendhilfe sind bei Bedarf im Einzelfall zu berücksichtigen.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 5 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt</p>
4	5	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV	Im Interesse der Pat. bestehende Angebote auch außerhalb SGB V nutzbar machen. Oftmals haben Pat. zu diesen Hilfen bereits Kontakte	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							§ 91 Absatz 6 SGB V entfallen, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragen den Gründe überführt. Aufnahme in die Tragen den Gründe
4	5	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe
4	5	KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position PatV  Vorschlag zur Ergänzung: <b>„6. Selbsthilfeorganisation und 7. somatischen Leistungserbringern.“</b>	Der Vorschlag der PatV ist sehr weitreichend und ermöglicht aus unserer Sicht am ehesten die Vielfalt der Erkrankungen abzudecken.  Unabhängig oder abhängig durch die psychiatrische Behandlung treten somatische Erkrankungen auf, deren Behandlung mit den Partnern des Netzverbundes abgestimmt mit eingebunden werden müssen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 6 gefolgt.</p>
4	5	GKV-SV, KBV, DKG	28	UBSKM	<p>Grds. Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „die von der PatV vorgeschlagenen Leistungserbringer*innen sowie</li> <li>- <b>Traumaambulanzen § 31 SGB XIV</b></li> <li>- <b>Spezialisierte Fachberatungsstellen für sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend</b>“</li> </ul> <p>Patientenindividuell (muss) geprüft werden, welche Leistungserbringer*innen mit der Versorgung</p>	<p>Traumaambulanzen und spezialisierte Fachberatungsstellen für sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend sind grundsätzlich mit der Versorgung von Betroffenen sexualisierter Gewalt mit eingebunden und sollten bei Bedarf in die Versorgung nach dieser Richtlinie mit einbezogen werden können. Viele Betroffene</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>des*der Patient*in betraut sind. Diese sollten bei Bedarf mit einbezogen werden können und nicht grundsätzlich durch diese vorliegende Liste ausgeschlossen werden. UBSKM bitet, diesen Aspekt hier zu ergänzen.</p>	<p>nehmen therapeutische Begleitangebote der spezialisierten Fachberatungsstellen zur notwendigen Stabilisierung wahr, während sie auf einen Therapieplatz warten. Zudem nehmen gerade Betroffene mit komplexen Traumafolgestörungen Leistungen der Eingliederungshilfen und des persönlichen Budgets sowie Alltagshilfen in der Pflege und Hilfeleistungen aus dem logopädischen bzw. auch aus weiteren psychosozialen und therapeutischen Bereichen in Anspruch. Aufgrund der Vielfältigkeit dieser Hilfeleistungen erscheint ein Passus, der im Einzelfall auch den Einbezug weiterer Leistungserbringer*innen in die patientenindividuellen Behandlungsteams ermöglicht, sachgerechter und gewährleistet die Behandlungskontinuität.</p>	<p>kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenen Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenen Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 6 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	5	PatV	29	Diakonie - BeB	<p>Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <b>„Dienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation“</b></p> <p>Es stellt sich die Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen dem Netzwerk und den bestehenden Gemeindepsychiatrischen Verbänden vor Ort ausgestaltet werden soll. Dies gilt auch für etwa vorhandene Suchthilfeverbände.</p>	<p>... die Leistungen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (müssen) sozialleistungsträgerübergreifend konzipiert, geplant und durchgeführt werden. Deswegen fordert die Diakonie explizit die Bildung von bzw. (wo vorhanden) die Kooperation mit Gemeindepsychiatrischen Verbundsystemen (GPV), die meist von den Stadt- und Landkreisen auf kommunaler Ebene gesteuert werden und alle Leistungserbringer und die Selbsthilfe einbeziehen. Auf diese Weise ist die Vernetzung auch mit dem Eingliederungshilfebereich und dem Bereich der SpDi im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge(ÖGD) zu gewährleisten. Innerhalb des GPV soll dann der Netzwerk verortet werden, der die komplexe ...medizinische Behandlung koordiniert....Eine bloße Begrenzung der fallbezogenen Kooperation im Rahmen</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						des Netzwerkvertrags auf Leistungserbringer des SGB V ist nicht ausreichend.	grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 6 gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt
4	5	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <b>„7. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Kinder- und Jugendhilfe“</b>	Der Text beschreibt zutreffend die für die Zielgruppe relevanten Einrichtungen, im Unterschied zur Version der übrigen Gruppen. Familien mit psychisch kranken Elternteilen benötigen bzw. erhalten häufig solche Hilfen, diese müssen darum ebenfalls einbezogen werden.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie richtet sich an Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr; von der vorgeschlagenen Ergänzung wird daher abgesehen. Zudem ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, die Richtlinie adressiert Menschen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	5		33	bvvp	<p>Zustimmung</p> <p>Der bvvp begrüßt ausdrücklich die in den tragenden Gründen vorgetragenen Pläne zur Kooperation mit Krankenhäusern und ihren Einrichtungen, anderen Gesundheitsfachberufen sowie weiteren Einrichtungen, Trägern und Organisationen der (psychosozialen) Versorgung von Patient*innen mit seelischen Erkrankungen.</p>	<p>Auch wenn diese Richtlinie nur im SGB V geregelt werden kann, sollten Art und Möglichkeiten dieser umfassenderen Zusammenarbeit weiter bedacht werden, um dem Gedanken der komplexen Versorgung wirklich gerecht zu werden.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
4	5	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV	In diesem Vorschlag sind die für schwer psychisch Erkrankte relevanten Leistungserbringer genannt, auch über das SGB V hinaus. Dies entspricht der Lebensrealität der Zielgruppe.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe
4	5	GKV, KBV, DKG	36	PIBB	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: Die von PatV aufgeführten 6 Einrichtungen <b>„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.“</b>	Um dem komplexen Behandlungsbedarf und den verschiedenen sozialen Kontextfaktoren gerecht zu werden und eine möglichst dauerhafte Stabilisierung und Teilhabe der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, ist es häufig notwendig, rechtskreisübergreifend Hilfe- und Teilhabemöglichkeiten hinzuzuziehen. Insofern ist die Einbeziehung der genannten Einrichtungen sinnvoll.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 6 gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt
4	5	GKV-SV, KBV, DKG	37	BDK	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV und DKG Der Vorschlag wird begrüßt, die Suchtberatungsstellen und die Wohneinrichtungen für Demenzerkrankte sollten potenzielle Partner sein.	Es gibt keinen plausiblen Grund, diese Anbieter auszuschließen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p>
4	5	PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position PatV	Im Netzwerk sollen breite Kooperationen möglich sein.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p>
4	5	alle	39	BDP	Ob eine gesonderte Zulassung von Mitgliedern zum Netzwerkverbund zielführend ist, muss hinterfragt wer-		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					den. Hier wird Behandlungskontinuität riskiert. Sinnvoll wäre, für ärztliche oder psychotherapeutische Behandelnde Motivationsgrundlage und Anreize (z.B. finanzielle Anreize oder Aufhebung von Jobsharing-Begrenzungen) zu schaffen, freiwillig einem regionalen Netzwerk anzugehören und - je nach Behandlungsfall - die Einzel- oder Gruppenbehandlung in eine Netzwerkbehandlung „umschreiben“ zu können. Gerade in strukturschwachen Regionen müsste jedoch die Anzahl der Kassenpraxen aufgestockt werden. (Eine automatisierte Integration aller relevanten Kassenpraxen in ein regionales Netzwerk hätte zwar Niederschwelligkeit beim Zugang und Behandlungs-kontinuität als Vorteil. Nachteile wären hier aber u.a. die fehlende Vertrautheit mit Netzwerkstrukturen, da ggf. nur selten „ein Fall“ ins Netzwerk eingebracht wird).		
4	5		40	DHS	Zustimmung zu Position PatV	Abs. 5 regelt den bedarfsge-rechten Einbezug von Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Berufsgruppen oder Einrichtungen. Die Inanspruchnahme des aufeinander	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						aufbauenden und erfolgreich arbeitenden Versorgungssystems der Suchthilfe mit ihren komplementären Angeboten und Hilfeleistungen der Eingliederungshilfe, der Rehabilitation, der Suchtberatung und Suchtnachsorge, zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Selbsthilfe tragen für abhängigkeitskranke Menschen nachweislich dazu bei, die Chronifizierung und die Folgen (auch Folgekosten) von Abhängigkeitserkrankungen zu verringern sowie die soziale Integration zu fördern und zu stabilisieren. Deshalb möchten wir an dieser Stelle die Möglichkeit des Einbezugs eben dieser bekräftigen.	individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe
4	5		41	APK	Ablehnung Kein Vorschlag überzeugt	Die Liste der potentiell einzubeziehenden Berufsgruppen und Einrichtungen im Vorschlag GKV, KBV, DKG ist nicht vollständig. Im Vorschlag der Patientenvertretungen werden Leistungsanbieter des	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird gefolgt. Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Netzverbundes nur dann einbezogen, wenn diese Leistungen im Netzverbund nicht angeboten werden. Beide Vorschläge sind nicht geeignet, BSKV für alle Patienten sicherzustellen. Der Netzverbund wirkt überdimensioniert in Bezug auf die begrenzte Zielsetzung und wird in vielen Regionen kaum umsetzbar sein.</p>	<p>des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe  <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	5	PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe
4	5	PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position PatV  Vorschlag zur Ergänzung: <i>„... nach § 7 Absatz 1 Nr. 10 sicherzustellen.</i>	Zu einer guten und zeitgemäßen strukturierten Versorgung sollten alle bestehenden und beteiligten Dienste/Leistungserbringer_innen/Interessensvertreter_innen hinzugezogen	<b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><b>Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und - psychotherapeuten. Vertreter dieser Berufsgruppen sind bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten bis zum 21. Lebensjahr einzubeziehen, sofern eine besondere Expertise hinsichtlich transitionspsychiatrischer oder - psychotherapeutischer Aspekte erforderlich ist.</b></p> <p>Zur Adressierung des Versorgungsziels...“</p>	<p>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 erleichtert auch den Leistungserbringer_innen nach § 92 Absatz 6b im Bedarfsfall die passgenaue Hinzuziehung der erforderlichen Hilfen für die jeweiligen</p>	<p>individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>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...</p>	<p>grundsätzlich in § 3 Absatz 5 gefolgt.  <b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.</p>
4	5		55	DFPP	<p>Zustimmung zu Position PatV, ergänzt um Position GKV-SV, KBV, DKG Nr. 9:  <i>„7. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen</i></p>	<p>Es sollen breite Optionen für Kooperationen des Netzverbundes gewährleistet sein.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>und -psychotherapeuten. Vertreter dieser Berufsgruppen sind bei Behandlungen von Patientinnen und Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr einzubeziehen, sofern eine besondere Expertise hinsichtlich transitionspsychiatrischer und -psychotherapeutischer Aspekte erforderlich ist.“</i></p> <p>Die DFPP plädiert dafür, auch „<b>nicht-psychiatrische Dienste</b>“ explizit als mögliche Partner für fallbezogene Kooperationsabsprachen hinzuzufügen.</p>		<p>des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 5 und 6 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	5		56	DDPP	Die verbindliche Zusammenarbeit mit Angeboten außerhalb des SGB V ist im Einvernehmen mit den PatientInnen sicherzustellen.	Wichtig erscheint hier ein gestuftes Vorgehen: zunächst die zuständigen Beratungs- und Krisendienste einzubeziehen, um bei Notwendigkeit die Rehabilitationseinrichtungen und stationären Pflegeeinrichtungen hinzuzuziehen. Die vorgesehene verbindliche Zusammenarbeit mit Angeboten außerhalb des SGB V ist unbedingt notwendig – besonders im Hinblick auf PatientInnen mit wiederholter Hospitalisierung, wiederholten Behandlungsabbrüchen und mit der Erfahrung von Zwangsbehandlung.	<b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.</p>
4	5		57	BED	<p>Änderungsvorschlag: Es ist eine Formulierung zu wählen, die es sämtlichen Einrichtungen und Leistungserbringenden ermöglicht, im Sinne des Versorgungszieles mit dem Netzwerk kooperieren zu können.</p>	Bestmögliche Erreichung des Versorgungszieles.	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt</p>
4	5 Nr. 2	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25 52	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT IGPS	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Diese Formulierung ist dann kongruent zu § 3 Absatz (4) Satz 3	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	5 Nr. 5 und Nr. 6 (neu)	GKV-SV, KBV, DKG	21	Caritas	Vorschlag zur Ergänzung: „5. <i>Zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste), die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben.</i> 6. <i>Dienste und Einrichtungen der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach § 67 ff SGB XII.</i> “	...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.... Auf die Bedeutung der Selbsthilfegruppen	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>haben wir weiter oben bereits ausführlich hingewiesen. Die Aufzählung der komplementären Angebote sollte nicht abschließend sein, die vom GKV-SV in Absatz 5 Satz 3 Nummern 4 und 5 sollten beispielhaft in die Begründung übernommen werden.</p> <p>Die Einrichtungen nach § 67 ff SGB XII müssen aufgenommen werden, da in den Hilfen in Besonderen Lebenslagen regelmäßig zahlreiche schwer psychisch kranke Menschen mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf auftauchen, die einer Unterstützung und Behandlung bedürfen....</p>	<p>Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt aufgrund leistungsrechtlicher Abgrenzungsprobleme.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 6 gefolgt.</p>
4	5 Nr. 7	KBV, DKG	07 13 19 20 24	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Der Zugang zu Einrichtungen der Versorgung von Suchtkranken ist sinnvoll und ist in der Regelversorgung zu wenig berücksichtigt....	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			25	DGPT			individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe
4	5 Nr. 7	KBV, DKG	40	DHS	Zustimmung zu Position KBV, DKG	...Die Inanspruchnahme des aufeinander aufbauenden und erfolgreich arbeitenden Versorgungssystems der Suchthilfe mit ihren komplementären Angeboten und Hilfeleistungen der Eingliederungshilfe, der Rehabilitation, der Suchtberatung und Suchtnachsorge, zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Selbsthilfe tragen für abhängigkeitskranke Menschen nachweislich dazu bei, die Chronifizierung und die Folgen (auch Folgekosten) von Abhängigkeitserkrankungen zu verringern sowie die soziale Integration zu fördern und zu stabilisieren....	KBV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	5 Nr. 7	KBV, DKG	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Es gibt keinen plausiblen Grund, diese Anbieter auszuschließen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Der Vorschlag wird begrüßt, die Suchtberatungsstellen und die Wohneinrichtungen für Demenzkranke sollten potenzielle Partner sein.		<b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe
4	5 (Nr. 7. u. 8)	KBV, DKG	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV, DKG  Die Einbeziehung der Suchtberatungsstellen und Wohneinrichtungen für Demenzkranke bei Bedarf wird begrüßt.	Die Einbeziehung der Suchtberatungsstellen und/oder – Mitarbeiter*innen ermöglicht es, suchtspezifische Sozialberatung und weitere Angebote wie ergänzende Gruppenangebote (Angehörigengruppen etc.) einzubeziehen. Das Überleitungsmanagement einer Weiterbehandlung wird durch die fakultative Einbeziehung erheblich erleichtert. Die Einbeziehung der ambulant betreuten Wohneinrichtungen für Demenzkranke ermöglicht eine barrierearme Zusammenarbeit in der Versorgung nach dieser Richtlinie.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	5 Nr. 8	KBV, DKG	21	Caritas	Vorschlag zur Ergänzung: „Ambulante betreute Wohngruppen <b>einrichtungen</b> für Demenzkranke]“	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,	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Begründung ist uns nicht erinnerlich.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt</p>
4	5 Nr. 8	GKV-SV KBV, DKG	45	DGPPN	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG Der Vorschlag wird begrüßt, die Suchtberatungsstellen und die Wohneinrichtungen für Demenzkranke sollten potenzielle Partner sein.	Es gibt keinen plausiblen Grund, diese Anbieter auszuschließen.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Es ist davon auszugehen, dass abhängig vom individuellen Behandlungsbedarf der Patientin oder des Patienten weitere Einrichtungen oder Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen in einbezogen werden. Der G-BA kann darüber hinaus in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses,</p>
4	5 Nr. 9	GKV-SV, KBV, DKG	17	BKJPP	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG	Junge Erwachsene benötigen zum Teil noch typische Expertise eines Kinder- und Jugendpsychiaters. Mit Erreichen der Volljährigkeit ist nicht automatisch auch ein psychisches Erwachsen-Sein erreicht. Viele behandlungsrelevante Fragestellungen können noch sehr jugendspezifisch sein.	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Aus diesem Grund wird die Aufzählung in die Tragenden Gründe überführt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>



## § 4 Absatz 6

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	6	GKV-SV	02	BPtK	Ablehnung von Position GKV-SV	Es ist für die Entwicklung von Netzverbänden nicht zielführend, für die Versorgung einzelner Diagnosegruppen zusätzliche Mindestanforderungen zu stellen, die ... lediglich zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand bei der Vereinbarung von Kooperationsverträgen, dem Genehmigungsverfahren durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die kontinuierliche Überprüfung der Erfüllung der Mindestanforderungen im Netzverbund führen, ohne dass dem ein substanzieller Qualitätsgewinn in der Versorgung gegenübersteht. Insbesondere ist es nicht vertretbar, einzelne Patientengruppen aus der Versorgung auszuschließen, wenn in einer Region gegebenenfalls bestimmte Einrichtungen als Kooperationspartner*innen nicht zur Verfügung stehen....	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Einbindung eines Krankenhauses, dass eine spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen, in den Netzverbund ermöglicht den Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen einen schnellen und koordinierten Zugang zu suchtspezifischen Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen. Da der G-BA keine Bindungswirkung an die bisher aufgeführten Suchberatungsstellen entfalten kann, werden diese aus der Regelung genommen. Keine Änderung.
4	6	GKV-SV	05	VKD	Ablehnung von Position GKV-SV		

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Die Einschränkung im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen durch die Bedingungen, dass medizinische Rehabilitation vorgehalten wird, ist eine Qualifikationshürde die bei Weitem nicht alle psychiatrischen Kliniken oder Abteilungen leisten können.		
4	6	KBV, DKG, PatV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV („keine Übernahme“)	<p><b>DPV, DGPT:</b> Auch wenn es aus fachlichen Gründen wünschenswert wäre, können Suchtberatungsstellen hier nicht inkludiert werden. Sie gehören nicht zur GKV-Versorgung.</p> <p><b>DPV, BPM, SpiZ, BVDN, BVDP, DGPT:</b> Eine qualifizierte Entzugsbehandlung bildet nur einen begrenzten Teil der Behandlung eines Patienten mit einer Suchterkrankung ab. Umfassende sozialmedizinische Interventionen, Motivationsarbeit zur Entgiftung, Entwöhnung sowie dem Abstinenzertum und der Nachsorge sowie</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Einbindung eines Krankenhauses, dass eine spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen, in den Netzwerkverbund ermöglicht den Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen einen schnellen und koordinierten Zugang zu suchtspezifischen Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen. Da der G-BA keine Bindungswirkung an die bisher aufgeführten Suchtberatungsstellen entfalten kann, werden</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>die Behandlung der psychiatrischen und v. a. somatischen Komorbiditäten stellt eine hohe koordinative Aufgabe dar.</p>	<p>diese aus der Regelung genommen. Änderung in „Die Versorgung von <b>psychischen</b> Erkrankungen <b>durch psychotrope Substanzen (gemäß ICD-10 GM F10-F19) nach <del>§ 2 Absatz 2 Nummer 1</del></b> setzt voraus, dass <b>die eines der</b> im Netzwerk <b>teilnehmende Leistungserbringerin oder der im Netzwerk teilnehmende Leistungserbringer nach <del>§ 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 oder § 4 Absatz 3 Satz 3</del></b> beteiligten Krankenhäuser eine spezifische qualifizierte Entzugsbehandlungen Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-647) durchführt. <b>Zudem sind Suchtberatungsstellen in den Netzwerk nach Absatz 3 einzubinden.“</b>  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	6	GKV-SV	15	DGVT	Zustimmung zu Position GKV-SV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
4	6	GKV-SV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
4	6	GKV-SV	22	BAG GPV	Ablehnung von Position GKV-SV	Das muss an anderer Stelle in der Richtlinie geregelt werden	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. § 3 trifft Vorgaben für die Zusammensetzung des Netzverbundes; es erscheint daher sachgerecht eine entsprechende Regelung an dieser Stelle aufzunehmen. Keine Änderung. <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	6	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV („keine Übernahme“)		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Einbindung eines Krankenhauses, dass eine spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen, in den Netzverbund ermöglicht den

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen einen schnellen und koordinierten Zugang zu suchtspezifischen Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen. Da der G-BA keine Bindungswirkung an die bisher aufgeführten Suchberatungsstellen entfalten kann, werden diese aus der Regelung genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
4	6	GKV-SV	29	Diakonie - BeB	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, dass die teilnehmenden psychiatrischen Kliniken spez. qualifizierte Entzugsbehandlungen durchführen können sollen. Eine Brücke zwischen dem Netzverbund und den störungsspezifischen Behandlungs- und Beratungsangeboten der Suchthilfe sind die Suchtberatungsstellen. Mit diesen sind Kooperationsabsprachen zu treffen, wobei der Aufwand und die Ressourcen für die Kooperation für</p>	<p>Substanzbezogene Störungen weisen unter allen psychischen Störungen die niedrigsten Behandlungsraten im SGB V auf. Gleichzeitig können gerade diese zu erheblichen psychosozialen Einschränkungen mit intensiver Inanspruchnahme des Versorgungssystems führen...Um die Potentiale des differenzierten Suchthilfesystems zielgerichteter und frühzeitiger zu nutzen, ist die zentrale Rolle</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Da der G-BA keine Bindungswirkung an die bisher aufgeführten Suchberatungsstellen entfalten kann, werden diese aus der Regelung genommen. Änderung in „Die Versorgung von <b>psychischen</b> Erkrankungen <b>durch psychotrope Substanzen (gemäß ICD-10</b></p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					alle Beteiligten honoriert werden muss.	der Suchtberatungsstellen ...zu stärken.	<b>GM F10-F19) nach § 2 Absatz 2 Nummer 1</b> setzt voraus, dass <b>die eines der</b> im Netzverbund <b>teilnehmende Leistungserbringern oder der im Netzverbund teilnehmende Leistungserbringer nach § 4 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 oder § 4 Absatz 3 Satz 3</b> beteiligten Krankenhäuser eine spezifische qualifizierte Entzugsbehandlungen Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-647) durchführt. <b>Zudem sind Suchtberatungsstellen in den Netzverbund nach Absatz 3 einzubinden.“</b>
4	6	GKV-SV	33	bvvp	Ablehnung von Position GKV-SV: Streichen	Der zwingende Einbezug einer Suchtklinik in den Netzverbund im Modell der GKV ist fernab der Versorgungsrealität. Hier könnte die Richtlinie maximal das Einweisungs- und Entlass-Management besser regeln... Mit ambulanten Einrichtungen der Suchtbehandlung kann und muss man kooperieren. Sie	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Einbindung eines Krankenhauses, dass eine spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						sind aber nicht als Mitglieder des Netzverbundes vorzusehen.	Erwachsenen, in den Netzverbund ermöglicht den Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen einen schnellen und koordinierten Zugang zu suchtspezifischen Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen. Da der G-BA keine Bindungswirkung an die bisher aufgeführten Suchberatungsstellen entfalten kann, werden diese aus der Regelung genommen. Keine Änderung.
4	6	GKV-SV	35	ackpa	Ablehnung von Position GKV-SV: Streichen	Dieser Absatz beschreibt eine Überregulierung und zusätzliche Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen: Die Störungsgruppen des Kapitels F1 der ICD 10 sind psychische Störungen und damit Teil des psychiatrischen Fachgebietes. Sonderregelungen sind daher weder notwendig noch zweckdienlich.	
4	6	GKV-SV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV  Die qualifizierte Entzugsbehandlung als Voraussetzung wird abgelehnt	Es ist nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle eine einzelne Leistung im Detail Voraussetzung sein soll, auch wenn das Angebot einer qualifizierten Entzugsbehandlung sehr wünschenswert ist.	
4	6		41	APK	Ablehnung	Die genannte Voraussetzung führt dazu, dass in diversen Regionen BSKV nicht angeboten werden kann. In Regionen, in denen Entzugsbehandlungen Abhängigkeitserkrankter ange-	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						boten werden, ist die obligatorische Einbeziehung der entsprechenden Krankenhäuser sinnvoll.	
4	6	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV („keine Übernahme“)		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	6	KBV, DKG, PatV	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV („keine Übernahme“)	<p>Es ist nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle eine einzelne Leistung im Detail Voraussetzung sein soll, auch wenn das Angebot einer qualifizierten Entzugsbehandlung sehr wünschenswert ist.</p> <p>Bei vielen psychischen Erkrankungen besteht eine hohe Komorbidität mit Suchterkrankungen. Patienten mit einer komorbiden Suchterkrankung könnten bei Übernahme dieser Voraussetzung in Netzverbänden, die kein Krankenhaus mit diesem spezifischen Behandlungsangebot einschließen konnten, womöglich pauschal nicht versorgt werden, obwohl sie von dem koordinierten und</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Einbindung eines Krankenhauses, dass eine spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen, in den Netzverbund ermöglicht den Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen einen schnellen und koordinierten Zugang zu suchtspezifischen Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen. Da der G-BA keine Bindungswirkung an die bisher aufgeführten Suchberatungsstellen entfalten kann, werden diese aus der Regelung genommen. Keine Änderung.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						strukturierten Versorgungsangebot trotzdem profitieren würden.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	6	GKV-SV	48	DPTV	<p>Ablehnung von Position GKV-SV</p> <p>Die verpflichtende Einbeziehung von Leistungserbringern die Entzugsbehandlungen Abhängigkeitserkrankter Erwachsener durchführen als Voraussetzung für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen nach dieser Richtlinie lehnen wir ab.</p>	<p>Die verpflichtende Einbeziehung dieser Einrichtungen in die regionale Netzstruktur ist für die anschließende ambulante Behandlung verzichtbar. Der notwendige Patientenzugang kann auch ohne eine vertragliche Einbindung der Einrichtung sichergestellt werden.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Einbindung eines Krankenhauses, dass eine spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen, in den Netzwerkverbund ermöglicht den Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen einen schnellen und koordinierten Zugang zu suchtspezifischen Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen. Da der G-BA keine Bindungswirkung an die bisher aufgeführten Suchtberatungsstellen entfalten kann, werden diese aus der Regelung genommen. Keine Änderung.</p>

## § 4 Absatz 7

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	7	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	Da die ... strukturierte ... Versorgung als ambulant-intensives Versorgungsangebot für schwer psychisch kranke Patient*innen insbesondere aus der vertragsärztlichen Versorgung heraus entwickelt werden soll, ist es sachgerecht, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung geprüft werden...	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	7	GKV-SV, KBV, PatV	05	VKD	Ablehnung von Position GKV-SV, KBV und PatV	Die vorgesehene Genehmigung der Netzverbände bei Vorliegen der Voraussetzungen durch die KBV ist weder sachgerecht noch sinnvoll.	<b>GKV-SV, DKG; PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die in der Richtlinie definierten Anforderungen an die Versorgung ermöglicht eine gleichbleibende Qualität innerhalb sowie zwischen den verschiedenen Netzverbänden. Die Genehmigung der Netzverbände durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die in der
4	7	DKG	11	BFLK	Zustimmung zu Position DKG	Der Netzverbund ist somit nicht von einem Genehmigungsprozess der KV abhängig.	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Richtlinie vorgegebenen Voraussetzungen eingehalten werden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts in einem widerspruchsfähigen und beklagbaren Verwaltungsverfahren öffentliches Recht umsetzen.
4	7	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zur Position KBV	<b>Alle:</b> Die zuständige KV hat [DVP, DGPT: durch Teilnahme an den Zulassungsgremien] [BVDP: über die paritätisch besetzen Zulassungsausschüsse] für die vertragsärztliche Versorgung die Fähigkeit und Möglichkeit, hier ggf. regulierend und strukturbildend einzugreifen. <b>BPM, SpiZ, BVDN:</b> Die KVen verfügen über ihre Zuständigkeiten für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgungsebene über das entsprechende Verfahrens-Know-How. Sie können auf	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Grund ihrer Position ggf. auch unterstützend tätig werden.	
4	7	GKV-SV, KBV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, PatV Qualität/Verbindlichkeit durch Prüfung absichern	Qualitätssicherung, Akzeptanz, Konfliktregulierung	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	7	DKG	21	Caritas	Zustimmung zu Position DKG	Von der Verankerung eines zusätzlichen Genehmigungsverfahrens sollte abgesehen werden. ...Daher wird die Position der DKG unterstützt.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die in der Richtlinie definierten Anforderungen an die Versorgung ermöglicht eine gleichbleibende Qualität innerhalb sowie zwischen den verschiedenen Netzverbänden. Die Genehmigung der Netzverbände durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die in der Richtlinie vorgegebenen Voraussetzungen eingehalten werden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Kassenärztliche Ver-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							einigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts in einem widerspruchsfähigen und beklagbaren Verwaltungsverfahren öffentliches Recht umsetzen.
4	7		22	BAG GPV	Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Die Mitgliedschaft in einem regionalen Verbund, wie z. B. einem GPV, ist nachzuweisen.“</i>	s. o.: regionale Vernetzung, Vermeidung von Parallelstrukturen	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Keine Änderung. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Intention für die Bildung eines (neuen) Netzverbundes nach dieser Richtlinie unklar ist.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	7	GKV-SV, KBV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, PatV mit Änderungsvorschlag: <del>„[GKV-SV: Der Netzverbundvertrag ist] [PatV: Alle vertraglichen Vereinbarungen sind] [KBV: Die Netzverbundverträge nach § 4 Abs. 1 und die Kooperationsverträge nach § 4 Abs. 4 sind] der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Bei Vorliegen der Voraussetzungen nach dieser Richtlinie ist durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dem Netzverbund eine Genehmigung zur Teilnahme [GKV-SV: durch seine Mitglieder] [KBV: durch seine Mitglieder und Kooperationspartner] an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu erteilen.“</del>	Wichtig ist die Erfüllung des Leistungsversprechens.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.
4	7	DKG	29	Diakonie - BeB	Zustimmung zu Position DKG		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	7	GKV-SV, KBV, PatV	29	Diakonie - BeB	Ablehnung von Position GKV-SV, KBV, PatV Einen Genehmigungsvorbehalt durch die KV lehnt die Diakonie ab.		<b>GKV-SV:</b> Die in der Richtlinie definierten Anforderungen an die Versorgung ermöglicht eine gleichbleibende Qualität innerhalb sowie zwischen den verschiedenen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Netzverbänden. Die Genehmigung der Netzverbände durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die in der Richtlinie vorgegebenen Voraussetzungen eingehalten werden. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts in einem widerspruchsfähigen und beklagbaren Verwaltungsverfahren öffentliches Recht umsetzen.</p>
4	7 - 9		30	SpiFa	Wie zielführend hier der angedachte zusätzliche bürokratische Aufwand der Leistungserbringer und Kassenärztlichen Vereinigungen ist, hängt zumindest auch von der finanziellen Ausgestaltung ab.		<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	7	DKG	31	SHV	Zustimmung zu Position DKG	Eine Prüfung durch die kassenärztliche Vereinigung sehen wir im Vorfeld eines Vertrages nicht als zielführend an. Alle zugelassenen Leistungserbrin-	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die in der Richtlinie definierten Anforderungen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						ger erfüllen die Zulassungsvoraussetzungen für Leistungen der GKV. Eine weitergehende Prüfung ist nicht notwendig.	an die Versorgung ermöglicht eine gleichbleibende Qualität innerhalb sowie zwischen den verschiedenen Netzverbänden. Die Genehmigung der Netzverbände durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die in der Richtlinie vorgegebenen Voraussetzungen eingehalten werden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts in einem widerspruchsfähigen und beklagbaren Verwaltungsverfahren öffentliches Recht umsetzen.
4	7 und 8	KBV	32	bvvp	Die Rechtsstruktur der Netze sollte bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen verankert werden. ...Damit ist die Meldung des Netzes genauso inbegriffen wie Veränderungen des aktuellen Status des Netzes. Die dafür notwendige Bürokratie ist schlank zu halten.	Ein freier Zusammenschluss von Praxen zu einem Praxisnetz führt ohne abweichende Festlegung implizit zu einer GbR, bei der jede Praxis für die Verbindlichkeiten anderer Netzteilnehmer im Außenverhältnis, also z. B. gegenüber	GKV-SV: Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Vorteil der Schaffung einer Rechtsstruktur für die Patientenbehandlung ist nicht nachvollziehbar; vielmehr ist zu befürchten, dass es zu Unklarheiten bei der Verantwortung der



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Vorschlag zur Ergänzung:                      Der Entwurf der KBV ist zwingend durch eine <b>Bestimmung</b> zu ergänzen, <b>die die Rechtsstruktur der Netze bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen verankert.</b></p>	<p>der KV oder der GKV, mithaftet. Die alternative Variante eines Zusammenschlusses unter dem Dach einer Kapitalgesellschaft (z. B. eines Krankenhausträgers) oder von privaten Investoren, wie sie in den Entwürfen nicht explizit ausgeschlossen ist, ist mit dem Risiko verbunden, dass unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten Einfluss auf die Zusammensetzung des Netzes und die Ausgestaltung der Behandlungsangebote genommen werden kann. Beides lehnt der bvvp entschieden ab.</p>	<p>Behandlung kommt. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.  <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	7 + 8	GKV-SV, KBV	35	ackpa	<p>Vorschlag:  <b>„Die zuständigen und ggf. in der Region angrenzenden KVn werden über die Form und Organisation der regelmäßigen Zusammenarbeit der Akteure für diese Patient*innen-gruppe informiert.“</b></p>	<p>Wenn eine vernetzte Zusammenarbeit aller versorgenden Akteure in der Region Erfolg haben soll, sind die genannten KVn hierüber zu informieren um diese Vernetzung in den jeweiligen Mitgliedergruppen zu vermitteln und bekannt zu machen sowie fortlaufend zu aktualisieren. Eine Genehmigungspflicht dieser Kooperation besteht aus unserer Sicht</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Nutzen einer entsprechenden Regelung ist nicht nachvollziehbar; vielmehr ist zu befürchten, dass es zu einem massiven Anstieg bürokratischer Regelungen führen würde. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						nicht und würde zudem eine weitere Hürde darstellen.	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Vorschlag ist zu unbestimmt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	7	KBV	36	PIBB	Zustimmung zu Position KBV		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
4	7	alle	39	BDP	Die Zulassung der Netzwerkpartner sowie die Aufsicht über das Netzwerk sollte bei der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer liegen.	Nur so kann eine ausgewogene sektoren-übergreifende Zusammenarbeit realisiert werden.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Prüfung der Vorgaben ist durch die Kammern deutlich aufwändiger als durch die Kassenärztliche Vereinigungen, denn den Kassenärztliche Vereinigungen liegen ein Großteil der Unterlagen bereits vor. Die Entscheidung wurde daher auf Grund eines möglichst aufwandsarmen Zulassungsprozesses getroffen. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts in einem widerspruchsfähigen und beklagbaren Verwaltungsverfahren öffentliches Recht umsetzen.</p>
4	7	DKG	41	APK	Zustimmung zu Position DKG	Eine Genehmigung der Netzverbände durch die KV ist nicht zielführend, insbesondere im Hinblick auf die PIAs.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV :</b> Die in der Richtlinie definierten Anforderungen an die Versorgung ermöglicht eine gleichbleibende Qualität innerhalb sowie zwischen den verschiedenen Netzverbänden. Die Genehmigung der Netzverbände durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die in der Richtlinie vorgegebenen Voraussetzungen eingehalten werden. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Kassenärztliche Ver-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							einigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts in einem widerspruchsfähigen und beklagbaren Verwaltungsverfahren öffentliches Recht umsetzen.
4	7		42	BV Soziotherapeuten	Ablehnung aller Positionen		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die in der Richtlinie definierten Anforderungen an die Versorgung ermöglicht eine gleichbleibende Qualität innerhalb sowie zwischen den verschiedenen Netzverbänden. Die Genehmigung der Netzverbände durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die in der Richtlinie vorgegebenen Voraussetzungen eingehalten werden. Keine Änderung.</p>
4	7	DKG	47	CBP	Zustimmung zu Position DKG	Von der Verankerung eines zusätzlichen Genehmigungsverfahrens sollte abgesehen werden. Sofern die am Netzwerk beteiligten Leistungserbringer_innen und Partner der	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die in der Richtlinie definierten Anforderungen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Kooperationsverträge die Voraussetzungen nach den §§ 3 und 4 erfüllt sind, abzusehen. Daher wird im Interesse möglichst flächendeckenden Versorgung die Position der DKG unterstützt.</p>	<p>an die Versorgung ermöglicht eine gleichbleibende Qualität innerhalb sowie zwischen den verschiedenen Netzverbänden. Die Genehmigung der Netzverbände durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung stellt sicher, dass die in der Richtlinie vorgegebenen Voraussetzungen eingehalten werden. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts in einem widerspruchsfähigen und beklagbaren Verwaltungsverfahren öffentliches Recht umsetzen.</p>

## § 4 Absatz 8

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	8	GKV-SV, PatV	02	BPtK	Vorschlag: <i>„(8) Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung <b>innerhalb von drei Monaten</b> mitzuteilen. <b>Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. In diesen Fällen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen, dass der Netzverbund die Voraussetzungen wieder nach § 4 erfüllt. Kann der Netzverbund innerhalb von sechs Monaten die Erfüllung der Mindestvoraussetzungen nicht nachweisen und regionale Besonderheiten nach § 4 Absatz 3 Satz 2 nicht geltend machen, ist die Genehmigung nach Absatz 7 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu entziehen.“</b></i>	Die Kassenärztlichen Vereinigungen benötigen für die Veröffentlichung der regional verfügbaren Versorgungsangebote gemäß Absatz 9 aktuelle Informationen über die bestehenden Netzverbände, die an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, deren Netzmitglieder und kooperierende Einrichtungen und Berufsgruppen. Änderungen über die Mitglieder der Netzverbände sowie die bestehenden Kooperationsverträge sind der Kassenärztlichen Vereinigung daher zeitnah anzuzeigen. Eine quartalsweise Information ist in diesem Zusammenhang ausreichend. Werden ... die Mindestvoraussetzungen nach § 4 nicht länger erfüllt, ist dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.... Zugleich sind bei der Entscheidung über die Entziehung der Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Bei Netzverbänden, die über die Mindestvoraussetzungen <b>nach Absatz 2</b> hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Mitgliedern und das Ausscheiden von Mitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzverbundes ist dadurch nicht berührt. Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. <del>die Genehmigung nach Absatz 8 ist zu entziehen.</del> <b>Innerhalb von sechs Monaten ist die Wiedererfüllung der Anforderung an die personellen Mindestvor-</b>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>nach dieser Richtlinie ggf. bestehende regionale Besonderheiten zu berücksichtigen, die ein Unterschreiten der Mindestanforderungen rechtfertigen....</p>	<p><b>gaben gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung der durch die Mitglieder des Netzverbundes behandelten Patientinnen und Patienten durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine die Mindestvorgaben nach Absatz 2 erfüllende Nachbesetzung erfolgt, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung nach Absatz 11 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu entziehen. Satz 5 gilt bei einer Beendigung der Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie entsprechend.“</b></p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da weitergehende bürokratische Auflagen im Rah-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							men des ohnehin durchregulierten Verwaltungshandelns der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht erforderlich erscheinen. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	8	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG („keine Übernahme“)	Es soll im Rahmen der Richtlinie so bürokratiearm wie möglich gearbeitet werden können.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> In der Richtlinie werden Mindestanforderungen an die Bildung eines Netzverbundes gestellt; werden diese unterschritten, kann die angestrebte multiprofessionelle Komplexversorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gewährleistet werden. Aus diesem Grund werden in diesem Absatz Regelungen zum Umgang mit Änderungen der Zusammensetzung des Netzverbundes getroffen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	8	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV	Verfahren zur Regulierung im Umgang mit Zu- und Abgängen Beteiligter	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Bei Netzverbänden, die über die Mindestvoraussetzungen <b>nach Absatz 2</b> hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Mitgliedern und das Ausscheiden von Mitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzverbundes ist dadurch nicht berührt. Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. <del>die Genehmigung nach Absatz 8 ist zu entziehen.</del> Innerhalb von sechs Monaten ist die Wiedererfüllung der Anforderung an die personellen Mindestvorgaben gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.</p>
4	8	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV	Die Übergangsfrist ist sinnvoll und wichtig im Sinne von nachhaltigen Strukturen.	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung der durch die Mitglieder des Netzverbundes behandelten Patientinnen und Patienten durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine die Mindestvorgaben nach Absatz 2 erfüllende Nachbesetzung erfolgt, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung nach Absatz 11 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu entziehen. Satz 5 gilt bei einer Beendigung der Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie entsprechend.“</b></p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	8	GKV-SV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV	Bei Unterschreitung der Mindestvoraussetzungen ist die gewünschte Struktur nicht mehr gegeben und muss die	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Genehmigung entzogen werden.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts in einem widerspruchsfähigen und beklagbaren Verwaltungsverfahren öffentliches Recht umsetzen. Weiterer Vorgaben bedarf es deshalb nicht.
4	8		29	Diakonie - BeB	Vorschlag: Ergänzung, dass Änderungen im Vertrag - wo vorhanden – <b>im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu beraten</b> und der KV mitzuteilen sind.		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es ist nicht nachvollziehbar, warum Änderungen in der Zusammensetzung eines Netzverbundes im gemeindepsychiatrischen Verbund beraten werden sollen, wenn dieser ggf. nicht an der Versorgung der Patientinnen oder Patienten beteiligt ist. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz zudem nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, de-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>ren Mitglieder und Mitglieds-kassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da dies eine zusätzliche organisatorischer Hürde für die Netzverbundarbeit darstellen kann.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	8	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Die Nennung einer Frist von 6 Monaten für die Wiedererfüllung der personellen Mindestvorgaben ist sinnvoll, weil es dem Netzverbund eine Übergangszeit ermöglicht, um einerseits die Versicherten weiter zu versorgen und andererseits evtl. neue Verbundpartner zu nennen.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Bei Netzverbänden, die über die Mindestvoraussetzungen <b>nach Absatz 2</b> hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Mitgliedern und das Ausscheiden von Mitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzverbundes ist</p>
4	8	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV	Enthält eine sinnvolle Regelung zum konstruktiven Umgang mit der Unterschreitung	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>der personellen Mindestvoraussetzungen für einen Netzverbund.</p>	<p>dadurch nicht berührt. Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. <del>die Genehmigung nach Absatz 8 ist zu entziehen.</del> Innerhalb von sechs Monaten ist die Wiedererfüllung der Anforderung an die personellen Mindestvorgaben gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung der durch die Mitglieder des Netzverbundes behandelten Patientinnen und Patienten durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine die Mindestvorgaben nach Absatz 2 erfüllende Nachbesetzung erfolgt, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung nach Absatz 11 zur Teilnahme an der Versorgung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>nach dieser Richtlinie zu entziehen. Satz 5 gilt bei einer Beendigung der Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie entsprechend.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Kassenärztliche Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts in einem widerspruchsfähigen und beklagbaren Verwaltungsverfahren öffentliches Recht umsetzen. Weiterer Vorgaben bedarf es deshalb nicht.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	8	KBV, DKG	36	PIBB	Ablehnung von Position GKV und PatV	Überprüfung der Teilnahme ist über Abrechnungsziffern/Zulassung/Arzt Nummer möglich.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> In der Richtlinie werden Mindestanforderungen an die Bildung eines Netzverbundes gestellt; werden diese unterschritten,</p>
4	8	GKV-SV. PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV und PatV	Man kann lediglich eine Anzeigepflicht erwägen	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>kann die angestrebte multiprofessionelle Komplexversorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gewährleistet werden. Aus diesem Grund werden in diesem Absatz Regelungen zum Umgang mit Änderungen der Zusammensetzung des Netzverbundes getroffen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
4	8	GKV-SV. PatV	41	APK	Ablehnung von Position GKV und PatV	Der Nachweis von personellen Mindestvorgaben durch PIAs ist schwer vorstellbar.	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> In der Richtlinie werden Mindestanforderungen an die Bildung eines Netzverbundes gestellt; werden diese unterschritten, kann die angestrebte multiprofessionelle Komplexversorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gewährleistet werden. Aus diesem Grund werden in diesem Absatz Regelungen zum Umgang mit</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Änderungen der Zusammensetzung des Netzverbundes getroffen. Keine Änderung.
4	8	KBV, DKG	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG „keine Übernahme“		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	8	KBV, DKG	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV, DKG „keine Übernahme“	Es soll im Rahmen der Richtlinie <b>so bürokratiearm wie möglich</b> gearbeitet werden können.	<b>GKV-SV:</b> In der Richtlinie werden Mindestanforderungen an die Bildung eines Netzverbundes gestellt; werden diese unterschritten, kann die angestrebte multiprofessionelle Komplexversorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gewährleistet werden. Aus diesem Grund werden in diesem Absatz Regelungen zum Umgang mit Änderungen der Zusammensetzung des Netzverbundes getroffen. Keine Änderung.
4	8	KBV, DKG	53	VPKD	Zustimmung zu Position KBV, DKG „keine Übernahme“	Die administrative Last im ambulanten Bereich ist bereits zu hoch. Ambulante Strukturen wären mit solch aufwendigen Meldepflichten überfordert, bzw. es könnte hohe Kosten bei größeren Strukturen nach sich ziehen.	werden diese unterschritten, kann die angestrebte multiprofessionelle Komplexversorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gewährleistet werden. Aus diesem Grund werden in diesem Absatz Regelungen zum Umgang mit Änderungen der Zusammensetzung des Netzverbundes getroffen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	8	PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sind der zuständigen Kassenärztlichen



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Vereinigung mitzuteilen. Bei Netzverbänden, die über die Mindestvoraussetzungen <b>nach Absatz 2</b> hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Mitgliedern und das Ausscheiden von Mitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzverbundes ist dadurch nicht berührt. Das Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen. <del>die Genehmigung nach Absatz 8 ist zu entziehen.</del> Innerhalb von sechs Monaten ist die Wiedererfüllung der Anforderung an die personellen Mindestvorgaben gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Bis zur Benennung des neuen Mitglieds ist die Versorgung der durch die Mitglieder des Netzverbundes behandelten Patientinnen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>und Patienten durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen. Ist innerhalb der sechs Monate keine die Mindestvorgaben nach Absatz 2 erfüllende Nachbesetzung erfolgt, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung nach Absatz 11 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu entziehen. Satz 5 gilt bei einer Beendigung der Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie entsprechend.“</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

## § 4 Absatz 9

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	9	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	Die Kassenärztlichen Vereinigungen benötigen zur Information der Patient*innen und zuweisenden Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Einrichtungen differenzierte Informationen über Netzverbundmitglieder, die Leistungsangebote des Netzverbundes und die Erreichbarkeitszeiten. Die relevanten Informationen sollten dabei von den Kassenärztlichen Vereinigungen in geeigneter Weise im Internet der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden...	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Der Stellungnahme wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung <b>und der zuständigen Landeskrankengesellschaft</b> zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände <del>in ihrem Zuständigkeitsbereich</del> bereit. <del>Das Verzeichnis enthält auch die Erreichbarkeitszeiten des Netzverbundes.</del> “ <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	9	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV	Die Angebote der vertragsärztlichen Regelversorgung können bereits jetzt über geeignete moderne Medien über die Kassenärztliche Vereinigung des Bundeslandes eingesehen werden. Die Abbildung der Netzverbände stellt hier eine sinnvolle Ergänzung dar.	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	9	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV	Verantwortung bei Netzverbund, transparentes Informationsangebot	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	9	PatV	21	Caritas	Vorschlag: <i>„Er teilt der Kassenärztlichen Vereinigung, der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft <del>sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss</del> folgende Informationen für eine Veröffentlichung des Verzeichnisses der bestehenden Netzverbände auf deren jeweiligen Internetseiten mit: Name, <del>Ort</del>, Adresse, Ansprechpartner, Erreichbarkeit, Kooperationspartner, Leistungsangebot. Die Informationen werden auf den Internetseiten barrierefrei veröffentlicht.“</i>	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.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Aufnahme in die Tragenden Gründe <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Es erfolgt eine Ergänzung der Tragenden Gründe. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
4	9	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
4	9	KBV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV		<b>GKV-SV:</b> Der Stellungnahme wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Die Netzver-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>bünde teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung <b>und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft</b> zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände <del>in ihrem Zuständigkeitsbereich</del> bereit. <del>Das Verzeichnis enthält auch die Erreichbarkeitszeiten des Netzverbundes.</del></p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
4	9	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Die Nennung der einzelnen Kriterien erleichtert eine geordnete Datenerhebung und eine übereinstimmende Darstellung der Netzverbände nach außen und für die Versicherten.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Aufnahme in die Tragenden Gründe</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	9	DKG	36	PIBB	Zustimmung zu Position DKG	Vorschlag von PatV ist nicht praktikabel. Pat. können Informationen über die Websites der Netze einholen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Der Stellungnahme wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Änderung in „Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung <b>und der zuständigen Landeskrankenhausgesellschaft</b> zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände <del>in ihrem Zuständigkeitsbereich</del> bereit. <del>Das Verzeichnis enthält auch die Erreichbarkeitszeiten des Netzverbundes.“</del>
4	9	DKG	37	BDK	Zustimmung zu Position DKG	Es ist sinnvoll Angebote und Erreichbarkeit sowohl auf der Homepage der KV wie auch über die LKH-Gesellschaften zu veröffentlichen	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
4	9	PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
4	9		42	BV Soziotherapeuten	Ablehnung aller Positionen		<b>GKV-SV, KBV, DKV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>GKV-SV:</b> Die Mitteilung ihres Angebotes, insbesondere zur Erreichbarkeit, und die Veröffentlichung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen schafft eine zusätzliche Informationsquelle für die Betroffenen. Keine Änderung.
4	9	PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position PatV mit Änderungsvorschlag: <i>„...der zuständigen Landeskrankengesellschaft <del>sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss</del> folgende Informationen für eine Veröffentlichung des Verzeichnisses der bestehenden Netzverbände auf deren jeweiligen Internetseiten mit: Name, <b>Adresse</b>, Ansprechpartner, Erreichbarkeit, Kooperationspartner, Leistungsangebot. <b>Die Informationen werden auf den Internetseiten barrierefrei veröffentlicht.</b>“</i>	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.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Aufnahme in die Tragenden Gründe <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Es erfolgt eine Ergänzung der Tragenden Gründe.

§ 4 Absatz 10

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	10		01	BÄK	Vorschlag: <b>„Vorbehandelnde Fachärztinnen und Fachärzte sollen bei Bedarf in die Fallbesprechungen eingebunden werden.“</b>	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind in besonderem Maße von somatischen Komorbiditäten betroffen bzw. bedürfen aufgrund von medikamentösen Interaktionen einer engmaschigen Kontrolle zum Beispiel durch Hausärztinnen und -ärzten oder Internistinnen und Internisten. Vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte können wertvolle Informationen für den diagnostischen und therapeutischen Prozess beitragen. Sie sollen, auch zur Wahrung der Kontinuität für die Patientinnen und Patienten, bei Bedarf in die Netzverbundstruktur einbezogen werden.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sollten an den Fallbesprechungen teilnehmen; dies gilt umso mehr, wenn diese nicht Teil des Netzverbundes sind, um eine abgestimmte Versorgung zu gewährleisten. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 14 gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt
4	10	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	...Der Wahrung von Behandlungskontinuität gerade bei Aufnahme der Versorgung nach dieser Richtlinie sowie der Überleitung in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie kommt daher eine	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						besondere Bedeutung zu. Es ist ... sachgerecht, dass bestehende Behandlungsbeziehungen auch dann Berücksichtigung finden, wenn die vorbehandelnden Leistungserbringer*innen nicht Mitglied im Netzverbund sind...	
4	10	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV	Der Zugang zur Versorgung gemäß der Richtlinie darf nicht dazu führen, dass betroffene Personen sich gegen eine bereits etablierte und kontinuierliche Behandlung entscheiden müssen. Zudem ist es kontraproduktiv, in diesem Fall einen Wechsel der/des behandelnden Ärztin/Arztes bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeuten vornehmen zu müssen ...	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	10	KBV	08	AWO	Zustimmung zu Position KBV Wir befürworten die Einbeziehung der im Sinne von § 2 vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten in die koordinierte Versorgung gemäß der	Nur so kann eine geordnete Überleitung aus der Regelversorgung in die besondere Versorgung nach der Richtlinie und umgekehrt auch wieder zurück aus der besonderen Versorgung in die Regelversorgung gelingen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Richtlinie insbesondere durch eine angemessene Einbindung in die Fallbesprechungen.		
4	10		12	dgsp	Vorschlag: <i>„Ärztinnen oder Ärzte oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten, die die Patientin oder den Patienten zum Zeitpunkt des Beginns der Versorgung bereits behandeln, sollen zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in die koordinierte Versorgung einbezogen werden“</i>	Wir möchten diesen Aspekt betonen	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 14 gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt
4	10	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV  Welche Anreize werden hier eingesetzt? Beteiligung an Fallkonferenzen bedeutet i. d. R. für niedergelassene ÄrztInnen / PsychotherapeutInnen Verdienstaussfall	Konsequente Umsetzung des Vernetzungsgedanken insbesondere im Hinblick auf die Kontinuität / Vertraulich der Arzt- Pat.-Beziehung	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
4	10	KBV,	17	BKJPP	Zustimmung zu Position KBV	Es wird eine Regelung getroffen, um schädliche Behandlungsabbrüche zu vermeiden und eine Kontinuität der Versorgung zu ermöglichen, falls erforderlich. Satz 3 setzt enge	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Grenzen für eine Parallelbehandlung .... Dies erscheint uns ausreichend und sachgerecht, um die Überleitung aus jugendpsychiatrischer bzw. psychotherapeutischer in erwachsenenpsychiatrische, - psychosomatische oder -psychotherapeutische Behandlung in dieser Altersstufe zu unterstützen.	<b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
4	10	KBV, PatV	21	Caritas	Vorschlag (zusammengesetzt aus Positionen KBV und PatV): <i>„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 Versorgung in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden. Sie sollen von der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder von der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten in die Fallbesprechungen eingebunden werden und für regelmäßige Absprache und insbeson-</i>	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) dringend erforderlich. Das gilt auch umgekehrt für die Überleitung aus der Komplexversorgung nach dieser Richtlinie	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 14 gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>dere 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 Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugstherapeuten können ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer, die weder</p>	<p>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 Netzwerk nicht angehören.</p>	
4	10	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV	<p>Die Teilnahme an Fallkonferenzen und der Einbezug von Vorbehandlern ist nicht nur sinnvoll, sondern darüber hinaus auch verbindlich festzuschreiben. Ergänzend bedarf es evtl. einer Regelung, wie diese Leistungen vergütet werden.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p>
4	10	GKV-SV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV (keine Übernahme, Verortung der Regelung in § 9 Abs. 6)		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt (andere Systematik).
4	10	KBV, PatV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position KBV, PatV (Passus, der sich auf weitere Leistungserbringer*innen bezieht).  Die Behandlungskontinuität sollte gewährleistet werden und vorherige Behandler*innen mit einbezogen werden. Dies sollte bei Bedarf möglich sein und nicht nur „in Ausnahmefällen“. ...	Wir begrüßen die am Patientenwillen orientierte Möglichkeit, im Einzelfall auch weitere Behandler*innen in den Netzwerkverbund einbinden zu können. ... Bereits begonnene Behandlungen sollten fortgesetzt werden können und die Versorgung nach dieser Richtlinie sollte nicht die bisherige Versorgungsformen ersetzen oder schmälern.	<b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 14 gefolgt.
4	10	PatV	29	Diakonie - BeB	Zustimmung zu Position PatV	...um einerseits Behandlungsabbrüche zu vermeiden und andererseits die Durchsetzung des Patient*innenwillens zu stärken.	<b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
4	10		30	SpiFa	Doppelbehandlungen ergeben berufsrechtliche Probleme, einschließlich der Unterwerfungspflicht... Probleme, die die verbindliche Netzstruktur für die Behandlung nach dieser Richtlinie mit sich bringt: - Einschränkung der freien Arztwahl - Einschränkung der Therapiefreiheit der beteiligten Ärztinnen/Ärzte		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Einbeziehung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die die Patientin oder den Patienten bereits be-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlungen mit unklaren Abgrenzungen ärztlicher Gebiete</li> <li>- Unklare Zuständigkeiten, einschließlich berufsrechtlicher Implikationen (Ärztin-nen/Ärzte können nicht von Nicht-Ärzten in therapeutischen Fragen angewiesen werden) sowie ungeklärter Therapiehoheit</li> <li>- Vorbehandelnde müssen sich in einen Gesamtbehandlungsplan einbinden</li> <li>- Es entstehen Konflikt mit dem Berufsbild des Arztes als freien Beruf</li> <li>- Es entstehen Konflikte mit Parallelbehandlungen nach zwei unterschiedlichen Richtlinien...</li> </ul> <p>Medizinische Indikationen werden häufig interdisziplinär gestellt, die allerdings in klare Zuständigkeiten nach ärztlichen Gebieten geordnet sind. Dies fehlt im vorliegenden Entwurf komplett...</p>		handeln in den Netzverbund, ermöglicht einerseits eine abgestimmte Versorgung und andererseits die Vermeidung von Parallelbehandlungen. Der Ausschluss von Parallelbehandlungen außerhalb des Einbezugs von vorbehandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ist in § 8 Absatz 5 geregelt. Keine Änderung.
4	10	GKV-SV	31	SHV	Zustimmung zu Position GKV-SV	Eine Verortung dieser Regelung in §9 Abs. 6 (Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung) ist inhaltlich nachvollziehbarer.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	10	PatV	32	DVGP	<p>Vorschlag zur Änderung Satz 3 und 4:  <del>„In Ausnahmefällen und in Absprache mit dem Behandlungsteam kann In der Regel, insbesondere auf Wunsch des Patienten, soll eine bereits wegen der psychischen Erkrankung nach § 2 Absatz 2 begonnene Behandlung zusätzlich zur Versorgung nach dieser Richtlinie fortgesetzt werden.</del>  <b>In Ausnahmefällen und in Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten können Auf Wunsch der Patientin oder des Patienten sollen ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die weder Mitglied des Netzverbundes 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.“</b></p>	Personelle Kontinuität, s. o., und Wunsch- und Wahlrecht des Patienten, vgl. die Allgemeine Vorbemerkung	<p><b>GKV-SV:</b> Der Stellungnahme wird grundsätzlich gefolgt. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 14 gefolgt.  <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
4	10	KBV, PatV	33	bvvp	<p>Genauso wichtig und im Interesse der Patient*innen ist es, dass Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, die Patient*innen bereits behandeln, vom Bezugsbehandler für die Gewährleistung der Behandlungskontinuität in</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					angemessener Weise in die koordinierte Versorgung einbezogen werden und die Behandlung in der Regelversorgung nicht beendet werden muss. (Kommentar zu 4 (5), S. 6)		<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 3 Absatz 14 gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt.
4	10	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV	Einbezug von Leistungserbringer*innen über den bestehenden Netzwerkverbund hinaus sind im Einzelfall sinnvoll. Unklar bleibt, warum dies nur in Ausnahmefällen geschehen soll. Sinnvoller wäre eine Formulierung, die auf den Einzelfall und den Wunsch der leistungsberechtigten Person abhebt.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
4	10	KBV	36	PIBB	Ausschließlich Zustimmung zu Position KBV Satz 1  <i>„Die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sollen zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden.“</i>	Der Bezugsarzt kann nach unserer Erfahrung nicht verantwortlich dafür sein, alle Ärzte/Psychotherapeuten außerhalb des Netzes miteinzubeziehen, falls diese die Kooperation in der komplexen Behandlung ablehnen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
4	10	PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position PatV	Selbstverständlich müssen neben Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auch andere Leistungserbringende in gleicher Weise einbezogen werden, auch für sie gilt die Prämisse der Behandlungskontinuität (in der Regel haben diese Berufsgruppen zeitintensivere, höherfrequente und niedrighschwelligere Kontakte zum Betroffenen und seinem Umfeld)!	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
4	10	KBV, PatV	39	BDP	Zustimmung zu Position KBV, PatV Kontinuität ist wichtig, darum sollten externe Vorbehandelnde einbezogen werden. Ein „Abschieben schwer Erkrankter ins Netzwerk“ muss verhindert werden! Stattdessen ist wichtig, vorhandene Vertrauenspersonen ins System zu implementieren (z.B. durch flexible Verknüpfungen zwischen Kassenpraxis und Netzwerk – im Sinne flexibler patientenindividueller Teilnetzstrukturen).	Ein „Abschieben ins Netzwerk für schlimme Fälle“ mit dem Verlust vertrauter Leistungserbringenden erhöht Resignation und Rückfallgefährdung.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
4	10	PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag: Ergänzung:		<b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>„Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ...einbezogen werden. Sie sollen von der Bezugärztin bzw. vom Bezugsarzt oder von der Bezugspsychotherapeutin oder vom Bezugspsychotherapeuten oder vom <b>Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin</b> in die Fallbesprechungen eingebunden werden und für regelmäßige Absprachen und insbesondere zur Teilnahme an Fallbesprechungen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stehen. <b>Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die weder Mitglied des Netzverbundes sind noch über Kooperationsverträge oder bei sonstigem Bedarf gemäß § 4 in die Versorgung nach dieser Richtlinie eingebunden sind, sind auf Wunsch der Patientin oder des Patienten an der Behandlung zu beteiligen.</b>“</p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Behandlungsführung sollte bei Ärzten und Psychotherapeuten verbleiben.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Da die Verantwortung für die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplanes vorgesehen ist, werden für die Übernahme dieser Rolle Angehörige der Berufsgruppen der approbierten Heilberufe vorgesehen.</p>
4	10	KBV	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV	Die Wahrung der personellen Kontinuität ist bei der Behandlung psychischer Erkrankungen von zentraler Bedeutung. Ein erzwungener Wechsel wäre kontraproduktiv. Eine bereits begonnene Behand-	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						lung sollte deshalb zur Gewährleistung der Kontinuität auf Patientenwunsch fortgesetzt werden können und die Behandler außerhalb des Netzverbundes in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung nach der Richtlinie einbezogen werden.	
4	10	KBV, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV sowie zu Formulierung PatV Satz 4 mit Änderungen/Ergänzungen:  <i>„In Ausnahmefällen ... beteiligt werden. <b>Patienten sind in angemessener Weise in den Behandlungsprozess als gleichrangige Partner zu integrieren</b>“</i>	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) dringend erforderlich. Das gilt auch umgekehrt für die Überleitung aus der Komplexversorgung nach dieser Richtlinie in die Regelversorgung. Um	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich bspw. in § 10 gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						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 Netzwerk nicht angehören.	
4	10	KBV PatV	55	DFPP	Ablehnung von Positionen KBV und PatV	Die Vorschläge von KBV und PatV sind aus Sicht der DFPP zu komplex und weitreichend, um eine komplexe Versorgung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sicherzustellen	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Regelungen zur Einbeziehung von bereits die Patientin oder den Patienten behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sind erforderlich, um Versorgungsbrüche, aber auch Parallelbehandlungen zu vermeiden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
4	10		56	DDPP	Der Einbezug der VorbehandlerInnen in den Netzverbund, sofern sie eine therapeutische Beziehung zu den PatientInnen haben, muss ermöglicht werden.	Im Sinne der diese Richtlinien betreffenden PatientInnen, die besonders oft Schwierigkeiten haben, eine therapeutische Beziehung anzunehmen, ist es unbedingt notwendig, die BehandlerInnen in die Komplexbehandlung einzubeziehen, die ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben und auch die Behandlung nach Rückführung in die Regelversorgung weiterführen können. Nur so können schädigende Beziehungsabbrüche vermieden und eine langfristige Kontinuität in der Behandlung über die verschiedenen Schweregrade einer Erkrankung hinweg gesichert werden. Die Beteiligung eines/r LeistungserbringerIn mit psychotherapeutischer Qualifikation muss regelhaft sein – unabhängig davon, wo diese organisatorisch angesiedelt ist.	<b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Die Gesamtverantwortung kann entweder bei einem/r ärztlichen oder einem/r psychologischen PsychotherapeutIn liegen, der/die eine kontinuierliche Beziehungsqualität garantiert. Im Netzwerk muss die jeweils andere Berufsgruppe dabei vertreten sein.	
4	10	KBV	57	BED	Zustimmung zu Position KBV	Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung in angemessener Weise	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

**§ 5 Bezugärztin oder Bezugsarzt [KBV/PatV: und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut] [KBV: und Behandlungsteam]**

**§ 5 Titel**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	Titel	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Formulierung KBV <i>„... Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und Behandlungsteam“</i>	siehe vorangegangene Erläuterungen zum selben Thema	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung
5	Titel		16	DGSP	Zustimmung zu Formulierung KBV, PatV <i>„... Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und Behandlungsteam“</i>		

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
5	Titel	KBV	36	PIBB	Ablehnung von Position KBV Überschrift: Vorschlag nicht übernehmen (Behandlungsteam streichen)	Nicht immer ist ein Behandlungsteam erforderlich, um die komplexe Behandlung durchzuführen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.
5	Titel	KBV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position KBV und PatV Streichen <i>Bezugspsychotherapeut*innen</i>	Siehe Kommentar zu § 1 Absatz 3	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da psychologische Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeut:innen in enger ärztlicher Abstimmung diese wichtige Funktion sehr wohl übernehmen können.
5	Titel	KBV, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, PatV Vorschlag: Ergänzung:		<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Bezugsärztin oder



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>„§ 5 <i>Bezugsärztin oder Bezugsarzt [KBV/PatV: und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut]</i> <b>Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin</b>“</p>		<p>dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Behandlungsleitung durch einen dafür vorgesehenen Heilberuf mit</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>umfassender Qualifikation zu erfolgen hat.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Da die Verantwortung für die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplanes vorgesehen ist, werden für die Übernahme dieser Rolle Angehörige der Berufsgruppen der approbierten Heilberufe vorgesehen.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
5	Titel		55	DFPP	<p>Die DFPP plädiert den Abschnittitel „<b>Bezugspersonen und Behandlungsteam</b>“ zu nennen oder die §§ 5 und 6 zusammen zu nehmen. Der gesamte §5 bedarf der kritischen Prüfung, ob und für welche Berufsgruppe es erforderlich ist, die Aufgaben so detailliert zu beschreiben. Zu klären ist die Gesamtverantwortung, diese sieht die DFPP beim Bezugskordinierenden. Dessen Aufgaben und Befugnisse sind zu beschreiben. Zu gewährleisten ist, dass Hilfen niederschwellig organisiert werden und dass das berufsgruppenübergreifende Behandlungsnetzwerk frühzeitig in die Pflicht</p>	<p>Der Bezugskordinierende hat engen und vertrauensvollen Kontakt zum Nutzenden und trägt die Gesamtverantwortung im Hilfeprozess. Davon unabhängig tragen Ärzt*inne und Psychotherapeut*innen und alle weiteren Personen Verantwortung für ihren Aufgabenbereich. Alle Akteur*innen bauen vertrauensvolle Beziehungen auf, der Bezugskordinierende hat die Gesamtübersicht und ist verantwortlich für die Fortschreibung und Überprüfung</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin o-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>genommen wird – und dass der Patient/die Patientin in alle Planungsschritte eingebunden ist.</p>	<p>des Gesamtbehandlungsplans im Rahmen der Regularien. Der Nutzen, zusätzlich zum/zur Bezugskordinierenden eine/einen Bezugsbehandelnden zu haben und Weisungsbindungen zu regeln, erschließt sich nicht. Die Praxis zeigt, dass Ärzt*in-nen Koordinationsaufgaben in der Regel aus Zeitgründen nicht übernehmen und wenig Interesse haben das „Ineinandergreifen der Versorgungsangebote“ zu gewährleisten. In aller Regel haben nichtärztliche Berufsgruppen zeit-intensivere, höherfrequente und niedrighschwelligere Kontakte zum Betroffenen und seinem Umfeld.</p>	<p>der einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§ 5 Absatz 1

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	1 + 2		01	BÄK	Zustimmung zu Position DKG	Die Behandlungsleitung soll ausschließlich durch Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärztinnen und -ärzte für Nervenheilkunde bzw. Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie durchgeführt werden. Für die Patientengruppe der 18 bis 21jährigen können ggf. auch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie verantwortlich sein. Nur die genannten Fachärztinnen und -ärzte verfügen über die hinreichende Kompetenz die Behandlung zu planen und zu koordinieren...	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da psychologische Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeut:innen in enger ärztlicher Abstimmung diese wichtige Funktion sehr wohl übernehmen können.
5	1	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	...Psychotherapeut*innen verfügen ... über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen und haben die Verordnungsbefugnisse erhalten, um die Koordination der Versorgung von Patient*innen mit schweren	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>psychischen Erkrankungen umfassend wahrzunehmen. Damit übernehmen Psychotherapeut*innen im Versorgungsalltag bereits jetzt Aufgaben einer zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen und sind damit optimal für die Übernahme der Rolle als Bezugspsychotherapeut*in qualifiziert....Die Berücksichtigung von Psychotherapeut*innen als Bezugspsychotherapeut*innen ist ...auch angesichts des konkreten gesetzlichen Auftrags zwingend, bei dem der Gesetzgeber für die Erstellung einer Richtlinie zur Versorgung von schwer psychisch kranken Patient*innen ausdrücklich auch auf den komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf abgestellt hat....(Es) ist... aus Sicht der BptK zudem geboten, auch Fachärzt*innen für Neurologie als mögliche Bezugs-ärzt*innen vorzusehen...</p>	<p>entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	1	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	<p>Zustimmung zu Position KBV</p> <p>Vorschlag: Satz 5 kann zu Satz 4 werden, somit wären die Gebietsbezeichnungen der Fachärzte fortlaufend aufgeführt, danach erfolgt die Nennung der Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten.</p>	<p>In den Fachgebieten Neurologie und Psychiatrie (historisch zusammengefasst Nervenheilkunde) gibt es viele Symptomüberschneidungen insbesondere bei neurologischen Erkrankungen mit psychischen Symptomen (z. B. degenerativen Hirnerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Entzündungen usw.) und diese gehen einher mit derselben Gefahr der Eskalation der psychischen Erkrankung, der Chronifizierung der Symptome und dem Verlust des psychosozialen Funktionsniveaus. Aufgrund der Überschneidungen hat sich in den Weiterbildungsordnungen die verpflichtende Ableistung eines Jahres im Komplementärfach etabliert. Somit können auch Neurologen Bezugsgärzte im Rahmen der Richtlinie sein....</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Bezugsgärztin oder dem Bezugsgarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsgärztin oder des Bezugsgarztes kann nur durch eine Fachgärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Anregungen wurden bei der Überarbeitung und Zusammenführung der §§ 3 und 4 berücksichtigt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
5	1	KBV, PatV	08	AWO	<p>Zustimmung zu Position KBV, PatV:  <i>„...Behandlungsleitung auch (durch) Bezugspsychotherapeutin bzw. einem Bezugspsychotherapeuten...“.</i></p>	<p>Wenn die Behandlungsleitung auch Psychotherapeutinnen und -therapeuten übertragen werden könnte, gäbe es vor Ort eine höhere Chance des Zustandekommens der angestrebten Versorgungsnetzwerke, weil potenziell eine größere Zahl von einschlägig fachlich Qualifizierten für die Leitung der Netzwerke zur Verfügung stünde.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	1	GKV-SV, PatV	11	BFLK	Statt „Psychiatrische Institutsambulanz“ das Krankenhaus mit psychiatrischen Einrichtungen benennen.	Die Psychiatrische Institutsambulanz gibt es nur in Verbindung mit einem entsprechenden Krankenhaus	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Ist <del>eine</del> ein Krankenhaus mit einer psychiatrischen (oder psychosomatischen) Institutsambulanz nach § 118 SGB V i.V.m. § 4 Abs. 4 Nr. 1 Mitglied im</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>Netzverbund</b>, kann auch eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 im Rahmen ihrer Leistungserbringung in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz Bezugärztin oder Bezugarzt sein.“</p> <p><b>KBV</b>: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV</b>: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	1	KBV, PatV	12	dgsp	Zustimmung zu Position KBV, PatV: Die Bezugärztinnen oder Bezugärzte oder die Bezugpsychotherapeutinnen oder Bezugpsychotherapeuten ....	Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen können in gleicher Weise diese Funktion übernehmen (dies inkludiert auch den neuen Heilberuf des Psychotherapeuten/psychotherapeutin nach dem neuen Direktstudium)	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b>: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV</b>: Der Bezugärztin oder dem Bezugarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	1	PatV	15	DGVT	<p>Zustimmung zu Position PatV Vorschlag: Er (Vorschlag PatV) sollte um die Aufgabe „<i>Koordination</i>“ aus dem DKG-Vorschlag ergänzt werden</p>		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und</p>
5	1	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Formulierung PatV	umfassend	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.
5	1	DKG	18	DGPM	Zustimmung zu Position DKG	Bei der zu versorgenden Patientengruppe gibt es ein großes Maß an Interaktion zwischen somatischen und psychischen Faktoren, sowohl in der Entstehung wie im Verlauf. Auch in der Behandlung spielen somatische, psychotherapeutische und/oder sozialpsychiatrische	<b>GK-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da psychologische Psychotherapeu-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Aspekte eine große Rolle. Daher ist für die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans eine ärztliche Kompetenz notwendig, um ein ausreichendes Maß an Patientensicherheit zu gewährleisten.	ten als Bezugspsychotherapeut:innen in enger ärztlicher Abstimmung diese wichtige Funktion sehr wohl übernehmen können.
5	1	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharma-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							kologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.
5	1	PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag: „ <del>...und gehören einer der folgenden Fachgruppen an:...oder Bezugstherapeut sein.</del> “	Siehe frühere Argumentation zu Psychotherapeuten. Bitte keine Redundanzen bei den Leistungserbringern.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Die Anregungen wurden bei der Überarbeitung und Zusammenführung der §§ 3 und 4 berücksichtigt.</p>
5	1	KBV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position KBV ...die Behandlungsleitung von Bezugspsychotherapeut*innen (sollte) ermöglicht werden.	Siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 3 zu Position der KBV, PatV	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	1	PatV	29	Diakonie - BeB	<p>Zustimmung zu Position PatV                      Vorschlag zur Ergänzung:  <b>„Fachärzt*innen mit suchtmedizinischer Qualifikation“</b>                      Zu ergänzen ist, dass die Leistungen der Bezugspersonenarbeit unter ärztlicher /psychotherapeutischer Verantwortung auch an andere Professionen delegiert werden können, wie</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Einbezug suchtmedizinischer Qualifikation ist bereits über die Einbindung von zugelassenen Krankenhäusern, die qualifizierte Entzugsbehandlungen ab-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>z.B. Soziotherapeut*innen oder Mitarbeitende aus Suchtberatungsstellen...</p>		<p>hängigkeitskranker durchführen, in die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen durch psychotrope Substanzen gegeben. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, die suchtmmedizinische (zusatz-)Qualifikation steht der Teilnahme nicht entgegen, ist aber nicht Voraussetzung.  <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da keine spezialisierten Qualifikationserfordernisse für Ärzte/-innen aufgenommen werden. Eine Teilnahme ist nicht ausgeschlossen, wenn über eine entsprechende Facharztausrichtung verfügt wird.  <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	1		30	SpiFa	<p>Der SpiFa stellt klar, dass es sich beim Bezugsbehandler nur um einen Arzt handeln kann...</p> <p>Ein Psychologischer Psychotherapeut besitzt von den 4 Handlungs- und Entscheidungskompetenzen lediglich die psychotherapeutische...</p> <p>Ein Bezugsbehandelnder im Krankenhaus ist ggfs. an eine Ärztin bzw. einen Arzt, der nicht Teil der Struktur ist, weisungsgebunden. Das macht den Vorschlag der DKG alleine schon impraktikabel. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte können sinnvoll hier als freie Berufsträger nicht mehr beteiligt sein. Auch würde so eine ambulante Struktur aus der Klinik heraus gelenkt werden. Aufgrund der ökonomischen Interessen der Kliniken steht dies der beabsichtigten Ambulantisierung diametral entgegen.</p> <p>Psychotherapie wird in einzelnen begründenden Ausführungen scheinbar als Gebiet oder Fach behandelt. Der Begriff „komplexer psychotherapeutischer Behandlungsbedarf“ ist der verwirrenden und widersprüchlichen Verwendung des Begriffs „Psychotherapeut/in“ im Rahmen des</p>	<p>Inhaltlich ist das durch die Handlungskompetenzen begründet. Berufsrechtlich darf ein Arzt von einem Nicht-arzt in therapeutischen Fragen keine Weisungen annehmen....</p> <p>Auch zur Eingangsuntersuchung bedarf es einer umfassenden fachärztlichen Diagnostik mit den 4 erforderlichen Kompetenzen...</p> <p>Auch spricht die Psychotherapierichtlinie in § 27 [Absatz 3] eindeutig gegen einen psychologischen Bezugsbehandelnde.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da psychologische Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeut:innen in enger ärztlicher Abstimmung diese wichtige Funktion sehr wohl übernehmen können.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					PsychThGAusRefG geschuldet. Darauf hat der der SpiFa während des Gesetzgebungsverfahrens immer wieder hingewiesen.		
5	1	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Änderung Satz 3: <i>„Ist <b>ein Krankenhaus mit einer psychiatrischen (oder psychosomatischen) Institutsambulanz nach § 118 SGB V Mitglied im Netzwerk,...“</b></i>	Die Institutsambulanzen sind rechtlich nicht selbständig, sie können nicht als solche Mitglieder der Netzverbände sein.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Ist <b>eine ein Krankenhaus mit einer psychiatrischen (oder psychosomatischen) Institutsambulanz nach § 118 SGB V i.V.m. § 4 Abs. 4 Nr. 1 Mitglied im Netzwerk,</b> kann auch eine Fachärztin oder ein Facharzt nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 im Rahmen ihrer Leistungserbringung in dieser Psychiatrischen Institutsambulanz Bezugsärztin oder Bezugsarzt sein.“ <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt.
5	1-3	KBV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV	<p>Der Einschätzung der GKV-SV, dass Psychotherapeut*innen wegen eingeschränkter Steuerungsmöglichkeiten z.B. in der Medikamentenverordnung, die Behandlungsleitung nicht übernehmen können, widerspricht der bvvp ausdrücklich. Es ist gerade im Sinne dieser Richtlinie, dass die verschiedenen Berufsgruppen kooperieren und ihre unterschiedlichen Funktionsmöglichkeiten zusammenführen...Auch Psychologische Psychotherapeut*innen können als Bezugstherapeut*innen fungieren ... Sie verfügen über die fachliche Kompetenz, auch über viele notwendige Verordnungsbefugnisse, ...Fehlende Verordnungsbefugnisse können in einer guten interprofessionellen Netzstruktur problemlos in der kollegialen Zusammenarbeit ersetzt werden...</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
5	1	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV	Die Nennung der Bezugspsychotherapeut*innen ist folgerichtig, ebenso die Berücksichtigung der psychiatrischen Institutsambulanzen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psycho-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							therapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.
5	1	KBV, PatV	35	ackpa	Ablehnung Position KBV, PatV „ <i>Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten</i> “	Da es sich um schwergradig erkrankte Patient*innen handelt, halten wir es für wesentlich, dass es eine/n kontinuierlichen ärztliche/n Behandler/in gibt, der für Fragen ärztlicher Stellungnahmen, Pharmakotherapie und Indikationsstellung von Behandlungsformen zuständig ist. Diese Funktion kann durch eine/n Psychotherapeutin/en nicht ausgefüllt werden.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da psychologische Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeut:innen in enger ärztlicher Abstimmung diese wichtige Funktion sehr wohl übernehmen können.</p>
5	1	KBV	36	PIBB	<p>Zustimmung zu Position KBV  Vorschlag zur Ergänzung:  <b>FA f. Psychiatrie</b> ergänzen  <b>FA f. Neurologie</b> streichen</p>	<p>Nicht immer ist ein Behandlungsteam erforderlich, um die komplexe Behandlung durchzuführen.</p> <p>s. o.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, da gemäß § 3 Absatz 7 auch die Facharzt-, Schwer-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							punkt- und Zusatzbezeichnungen nach altem Recht umfasst sind.
5	1	GKV-SV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV und PatV letzter Satz  Psychiatrische Institutsambulanzen sind hier nicht aufzuführen	Hier geht es um die nähere Bezeichnung der <u>Facharztgruppen</u> , nicht um Institutionen. Zudem ist das Krankenhaus Vertragspartner und psychiatrische Institutsambulanzen sind integraler Bestandteil des Krankenhauses. Einzelne Berufsgruppen der psychiatrischen Institutsambulanzen sind <u>keine</u> Vertragspartner!	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen, verfügen über ein multiprofessionelles Team und können bereits heute aufsuchend tätig werden; daher ist es folgerichtig auch



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>psychiatrischen Institutsambulanzen die Möglichkeit zu eröffnen die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes sowie die Koordinationsfunktion zu übernehmen.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	1	KBV, PatV	39	BDP	<p>Die zentral festgelegte <b>Bezugspsychotherapeut*in oder</b> Bezugärzt*in sollte zwar als Ansprechperson fungieren – aber nicht die Gesamtverantwortung für den Prozess alleine innehaben; Verantwortung für den jeweiligen Behandlungsteil trägt natürlich die jeweilige behandelnde Person. Bezugstherapeut*innen/-ärzt*innen können auch in einer PiA beschäftigt sein (Vorschlag PatV).</p>	<p>Siehe §1 Abs 3</p> <p>Die berufsgruppen-übergreifende Arbeit kann nur effektiv sein, wenn alle (mit-)verantwortlich sind.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, der Vorschlag widerspricht nicht dem gewählten Vorgehen.</p>
5	1		41	APK	<p>Die Festlegung eines Bezugsarztes ist sinnvoll. Ihn gleichzeitig zum zentralen Ansprechpartner und Koordinator zu erklären, ist aus Sicht der APK nicht adäquat. Diese Aufgabe kann auch von anderen Bezugstherapeuten bzw. koordinierenden Bezugspersonen geleistet werden.</p>		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
5	1	GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV  Vorschlag: Ergänzung:  <i>„Die Bezugärztin oder der Bezugarzt .... Sie sind an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Mitglieder des Netzverbundes nach § 4 und gehören einer der folgenden Fachgruppen an:</i></p>		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>1. <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,</i></p> <p>2. <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,</i></p> <p>3. <i>Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie</i></p> <p><b>4. <i>Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie“</i></b></p>		<p>SGB V zielt auf die Versorgung psychischer Erkrankungen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, neurologische Erkrankungen sind davon nicht umfasst. Aus diesem Grund können die Fachärzte für Neurologie an einem Netzwerk teilnehmen, können aber nicht den Schwerpunkt des Netzwerkes bilden. Keine Änderung.</p> <p><b>DKG:</b> Fachärzte/-innen für Neurologie können zwar Mitglied im Netzwerk, aber keine Bezugsbehandler/-innen werden.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	1		43	DGKJ, DGSPJ	Zustimmung zu Position KBV, PatV „oder (die) Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten“	Psychotherapeuten sollten im Netzwerk eine den Ärzten gleichberechtigte Stellung einnehmen. Bisher gibt es eine massive psychotherapeutische Unterversorgung der	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						schwer psychisch erkrankten Menschen. Die Möglichkeit, als Bezugstherapeuten tätig zu werden stärkt die Rolle der Psychotherapeuten bei der Versorgung dieser Patientengruppe.	nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.
5	1-3		44	GNP	Zustimmung zu Position KBV	Die von der KBV genannten Bezugspersonen sind qualifiziert, die Aufgaben adäquat zu übernehmen. Insbesondere sind für Patienten mit komplexen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf besonders BezugspsychotherapeutInnen als zentrale AnsprechpartnerInnen geeignet und können in der Regel Teilhabeziele besser verfolgen.	Die Funktion der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	1	GKV-SV	45	DGPPN	Zustimmung zu Position GKV-SV	Bezugsbehandler sollten ausschließlich Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sein. Fachärzte für Neurologie und Psychologische Psychotherapeuten können diese Aufgabe nicht übernehmen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da psychologische Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeut:innen in enger ärztlicher Abstimmung diese wichtige Funktion sehr wohl übernehmen können.
5	1	KBV	48	DPtV	Zustimmung zu Position KBV Satz 1 <i>„Die Bezugsärztinnen oder Bezugsärzte oder die Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten sind die zentralen Ansprechpartner und Koordinatoren für die Patientinnen und Patienten bei der Versorgung nach dieser Richtlinie.“</i>  Die Begrenzung auf die Fachgruppen Psychiater, Nervenärzte und Psychosomatiker, wie es der GKV- SV vorschlägt, greift hingegen zu kurz.	Die Versorgung nach dieser Richtlinie muss flächendeckend, niedrigschwellig und kooperativ organisiert sein. Dazu bedarf es zentraler Ansprechpartner, die in Kenntnis des ambulanten Versorgungssystems die Patient*innen begleiten und die Zusammenarbeit aller Beteiligten koordinieren.  Durch diese findet die Behandlungsplanung und ggf. die Einbeziehung weiterer Behandler	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>und Hilfsangebote mit patientenbezogenen, individuellen und indikationsbezogenen Schwerpunkten statt. Diese werden durch die zu beteiligenden Fachgruppen, Psychiater, Nervenärzte, Neurologen, Psychotherapeuten und Psychosomatiker fachlich repräsentiert.</p> <p>Durch die breite Beteiligung der genannten Fachgruppen werden Brüche in einer angestrebten oder bereits stattfindenden psychiatrischen/psychotherapeutischen/neurologischen oder psychosomatischen Versorgung vermieden.</p> <p>Die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts des NPPV-Projekts in Nordrhein beruht auch auf dem guten Informationsfluss und der Förderung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit der beteiligten Fachgruppen mit dem Konzept des koordinierenden Bezugsarztes und Bezugstherapeuten.</p>	<p>Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Der Ausschluss der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut*innen, wie es der GKV- SV vorschlägt, unterläuft den Willen des Gesetzgebers, der mit dieser Richtlinie insbesondere die psychotherapeutische Versorgung adressiert hat.	
5	1	KBV	49	DVT	Zustimmung zu Position KBV „ <i>oder die Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten</i> “	...Psychologische Psychotherapeut*innen sind in der ambulanten Patientenversorgung im Wesentlichen anderen Fachärzt*innen gleichgestellt. Sie sind durch ihre Approbation und Fachkunde zur eigenverantwortlichen Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen befähigt und berechtigt Dies schließt insbesondere auch die Erstellung von Behandlungsplänen ein. Durch die Erteilung der Befugnisse zur Verordnung von Soziotherapie, medizinischer Rehabilitation, Ergotherapie, psychiatrischer Krankenpflege und Krankenhausbehandlung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und	



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Jugendlichenpsychotherapeut*innen, hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass er die Aufgaben dieser Berufsgruppe nicht nur in der psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne sieht, sondern auch in der Veranlassung weiterer ergänzender und begleitender Maßnahmen. Damit sind die Psychologischen Psychotherapeut*innen für die Bezugstherapeutenrolle sehr gut qualifiziert. Zudem haben Psychotherapeut*innen aufgrund ihres im Vergleich zu Psychiatern*innen höherfrequenten Patientenkontaktes eine größere Konstanz und bessere Anbindung in der Beziehung zu den Patient*innen und bekommen so Veränderungen in der Symptomatik oder im Bedarf schneller und besser mit.</p> <p>Dass Psychologische Psychotherapeut*innen nicht über die Kompetenz zur Verordnung von Medikamenten verfügen,</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>spricht nicht gegen die Ausübung der Rolle als Bezugstherapeut*in. Die Verantwortung für die medikamentöse Behandlung verbleibt bei den dazu qualifizierten Fachärzt*innen im Netzwerk, auch wenn diese selbst nicht Bezugstherapeut*in der jeweiligen Patient*in sind.</p> <p>Zudem stehen in der vertragsärztlichen Versorgung deutlich weniger Fachärzt*innen für Psychiatrie, Nervenheilkunde und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung als Psychologische Psychotherapeut*innen (8574 vs 21.848, ...Stand 2019). Somit würde der Kreis an potentiellen Bezugstherapeut*Innen sehr stark eingegrenzt. Dies hätte zur Folge, dass einzelne Fachärzt*innen für zuviele Patient*innen die Rolle als Bezugstherapeut*in übernehmen müssten, worunter die zeitlichen Kapazitäten und die Qualität der Betreuung der einzel-</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						nen Patient*innen als Bezugstherapeut*in letztlich leiden würde.	
5	1	KBV	50	BVSD	<p>Zustimmung zu Position KBV Satz 1 Wir begrüßen, dass Bezugärztinnen oder Bezugärzte oder Bezugpsychotherapeutinnen oder Bezugpsychotherapeuten die zentralen Ansprechpartner und Koordinatoren bei der Versorgung nach dieser Richtlinie sind. Die Begrenzung auf die Fachgruppen Psychiater, Nervenärzte und Psychosomatiker, wie es der GKV- SV vorschlägt, greift hingegen zu kurz.</p> <p>Vorschlag: Unter Verweis auf die Anmerkungen zu §4(4) schlagen wir vor, dass auch <b>spezielle Schmerztherapeut*Innen (ärztlich) sowie spezielle Schmerzpsychotherapeut*Innen</b> grundsätzlich <b>als Bezugstherapeut*Innen</b> und somit zentrale Ansprechpartner und Koordinatoren dieser Versorgung in den Netzverbund integriert werden können.</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Einbezug spezieller Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten kann im Einzelfall sinnvoll sein, ist aber nicht in allen Fällen erforderlich; aus diesem Grund wird von der Aufnahme abgesehen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			51	DGPSF			
5	1	DKG	52	IGPS	Zustimmung zu Position DKG		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	1-5	KBV	54	MEG	Zustimmung zu Position KBV		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung</p>
5	1 - 5		56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV	Siehe Stellungnahme zu § 5 Absatz 4	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
5	1 Nr. 4	KBV	14	VAKJP	Im Wesentlichen Zustimmung zu Position KBV  Vorschlag zur Ergänzung: <i>„4. Ärztliche oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten <b>und</b> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen“</i>	Eine Mitbeteiligung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen wäre sowohl unter dem Aspekt der Weiterbehandlung von jungen Erwachsenen als auch unter dem Aspekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ sinnvoll – deren Belange so eher mitgedacht werden.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychologischen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>therapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, der Einbezug von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist der Kinder- und Jugendlichenrichtlinie vorbehalten.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Richtlinie die Versorgung psychisch Kranker ab dem vollendeten 18. Lebensjahr vorsieht. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen können jedoch beteiligt werden.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	1 Nr. 5	KBV	37	BDK	Ablehnung von Position KBV Nr. 5:  Fachärzt*innen für Neurologie können nicht Bezugsärzte sein.	Siehe Kommentar zu § 3 Absatz 1	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	1 Nr. 5	KBV, PatV	21	Caritas	Zustimmung zu Position KBV, PatV  Fachärzt_innen für Neurologie sollten in den Kreis der möglichen Fachgruppen der Bezugsärzt_innen einbezogen werden.	Fachärzt_innen für Neurologie spielen u.a. bei der Versorgung von Patient_innen mit Demenz oder bei Hirnverletzungen eine wesentliche Rolle und sollte daher auch in den Kreis derer, die als Bezugsärzt_innen oder -psychotherapeut_innen fungieren, einbezogen werden.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V zielt auf die Versorgung psychischer Erkrankungen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, neurologische Erkrankungen sind davon nicht umfasst. Aus diesem Grund können die Fachärzte für Neurologie an einem Netzwerk teilnehmen, können aber nicht den Schwerpunkt des Netzwerkes bilden. Keine Änderung.  KBV, DKG, PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			47	CBP			

## § 5 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	2		01	BÄK	Zustimmung zu Position DKG.	Siehe § 5 Absatz 1	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	2	KBV	02	BpTK	<p>Änderungsvorschlag, ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:          „(2)          (...)  <i>Der Wunsch der Patientin oder des Patienten und die vorgesehenen Behandlungsschwerpunkte</i>  <del><b>eine entsprechende spezifische fachliche Expertise sind</b></del>  <b>bei der Festlegung der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten sind hierbei zu beachten.“</b></p>	<p>...es (ist) insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zentral, unnötige doppelte Abklärungsgespräche zu vermeiden, da es für diese Patientengruppe mit erheblichen Belastungen verbunden sein kann, ihre Beschwerden mehrmals ausführen zu müssen. Vor diesem Hintergrund sollte daher, wie von der KBV vorgesehen, unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz und der vorgesehenen Behandlungsschwerpunkte für die weitere Behandlung nach Möglichkeit diejenige Leistungserbringer* in die Rolle der Bezugärzt*in/-psychotherapeut*in übernehmen, die die Eingangssprechstunde durchführt.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird nicht gefolgt. Die Entscheidung über die Wahl der Bezugärztin oder des Bezugsarztes soll durch den Netzverbund festgelegt werden, um die unterschiedlichen personellen Ressourcen und Organisationen der Netzverbände zu berücksichtigen. Zustimmung zur Berücksichtigung der Wünsche der Patientin oder des Patienten. Änderung in „<b>Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1</b></p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>Nummer 2 eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt erhält.</b> Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <b>grundsätzlich in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes <b>ist nur</b> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <b>ist Absatz 1</b> möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“</b></p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und in § 4 Absatz 2 umgesetzt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
5	2		05	VKD	Unbedingt zu klären ist die Formulierung „Differenzialdiagnostik vor Erstellung des Behandlungsplanes“. Unklar bleibt auch, warum der Arzt in der Eingangssprechstunde der zukünftige Bezugstherapeut sein muss. Dies geht an den Wirklichkeiten der personellen Möglichkeiten und der Organisation der Versorgung völlig vorbei.	Vergleich Anmerkungen zur Akquisitionsmöglichkeit von qualifiziertem Fachpersonal	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnahme wird grundsätzlich gefolgt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	2	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV	<p><b>Alle:</b> In der Regel wird bereits in der Eingangssprechstunde ein Arbeitsbündnis zwischen Bezugs-Netzmitglied und der behandlingssuchenden Person aufgebaut.</p> <p><b>DPV, BPM, SpiZ, BVDN, DGPT:</b> Nicht selten hängt bei krankheitsbedingt eingeschränkter Behandlungsbereitschaft diese von der Fortführung der Behandlung durch den die Ein-</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Entscheidung über die Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes soll durch den Netzwerkverbund festgelegt werden, um die unterschiedlichen personellen Ressourcen und Organisationen der Netzverbände zu</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						gangssprechstunde durchführenden Arzt bzw. Therapeuten ab. <b>BVDP:</b> Bei krankheitsbedingt eingeschränkter Behandlungsbereitschaft der behandelnden Person kann die Kohärenz und Compliance und somit der Behandlungserfolg damit gesichert werden	berücksichtigen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
5	2	PatV	14	VAKJP	Zustimmung zu Position PatV	Netzverbände sollen i. R. ihrer Möglichkeit die Zuweisungspraxis in Absprache mit dem Pat. verbindlich regeln, ansonsten Überregulierung durch RL	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „ <b>Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt erhält.</b> Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <b>grundsätzlich in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes <b>ist nur</b> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <b>ist Absatz 1</b> möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.</b></p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	2	KBV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV	Der KBV-Vorschlag scheint der praktikabelste zu sein	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Entscheidung über die Wahl der Bezugs-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>ärztin oder des Bezugsarztes soll durch den Netzverbund festgelegt werden, um die unterschiedlichen personellen Ressourcen und Organisationen der Netzverbände zu berücksichtigen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	2	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Formulierung PatV	umfassend	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „<b>Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt erhält.</b> Die Fachärztin oder der Fach-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>arzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <del>grundsätzlich</del> <b>in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes <del>ist nur</del> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <b>ist</b> Absatz 1 möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“</b></p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	2	KBV	21	Caritas	Zustimmung zu Position KBV	Die Wünsche und das Einverständnis der Patientin oder des Patienten sind grundlegend für die Behandlungsplanung. Die	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts ist sowohl in der Position von KBV als auch DKG enthalten. Aus Sicht der Caritas ist ein niedrigschwelliger Zugang zum Versorgungsnetzwerk entscheidend. Daher sollte der/die erst angegangene Arzt/Ärztin bzw. Psychotherapeut_in auch die Funktion des Bezugsarztes/-der Psychotherapeutin übernehmen. Nur wenn die Behandlungsplanung maßgeblich mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam und mit dem behandelnden Team erfolgt, sind Interventionen tragfähig.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Entscheidung über die Wahl der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes soll durch den Netzwerk festgelegt werden, um die unterschiedlichen personellen Ressourcen und Organisationen der Netzverbände zu berücksichtigen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
5	2	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „<b>Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6</b></p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugärztin oder einen Bezugarzt erhält.</b> Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <del>grundsätzlich</del> <b>in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugärztin oder der Bezugarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugarztes <del>ist nur</del> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <del>ist</del> Absatz 1 möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“</b></p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	2	KBV, DKG	22	BAG GPV	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG Vorschlag: <i>„Der Wunsch /die Wünsche der Patientin oder des Patienten...sind...zu beachten / zu berücksichtigen“</i>		<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Entscheidung über die Wahl der Bezugärztin oder des Bezugsarztes soll durch den Netzverbund festgelegt werden, um die unterschiedlichen personellen Ressourcen und Organisationen der Netzverbände zu berücksichtigen. Zustimmung zur Berücksichtigung der Wünsche der Patientin oder des Patienten. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 4 Absatz 2 gefolgt. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
5	2	KBV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV	Der Bezugsarzt(-therapeut) ist die zentrale Person für eine langanhaltende, belastbare, therapeutische Beziehung zum	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Patienten. Dafür ist die menschliche und fachliche Passung wichtig. Daher ist der KBV Vorschlag der zutreffendste.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Entscheidung über die Wahl der Bezugärztin oder des Bezugsarztes soll durch den Netzwerkverbund festgelegt werden, um die unterschiedlichen personellen Ressourcen und Organisationen der Netzverbände zu berücksichtigen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	2	PatV	29	Diakonie - BeB	<p>Zustimmung zu Position PatV Vorschlag: Ergänzung, dass Teile der Aufgaben der Bezugsperson in der Eingangssprechstunde an weitere Personengruppen aus dem Netzwerkverbund übertragen werden können, wie z.B. Soziotherapeut*innen oder Sozialarbeiter*innen in der Rolle als koordinierende Bezugspersonen.</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „<b>Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt erhält.</b> Die</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <del>grundsätzlich</del> <b>grundsätzlich in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes <del>ist nur</del> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <b>ist</b> Absatz 1 möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.</b></p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	2	DKG	31	SHV	Zustimmung zu Position DKG	Bei der Wahl der Bezugsärztin / des Bezugsarztes sind die	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Wünsche der Patienten zu berücksichtigen. Gerade in Bezug auf die psychischen Erkrankungen der Versicherten spielt das therapeutische Verhältnis für den Behandlungsverlauf und -erfolg eine große Rolle.</p>	<p>grundsätzlich gefolgt. Änderung in „<b>Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt erhält.</b> Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <del>grundsätzlich</del> <b>in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes <del>ist nur</del> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>anderen Leistungserbringer nach <b>ist</b> Absatz 1 möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.</b></p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	2	PatV	32	DVGP	<p>Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <b>„Die Zustimmung des Patienten zur Person der Bezugärztin, des Bezugarztes, der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten ist erforderlich.“</b></p>	<p>Auch für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf gilt die Freiheit der Arzt- bzw. Therapeutenwahl (Wunsch- und Wahlrecht).</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in <b>„Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt erhält.</b> Die Fachärztin oder der Fach-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>arzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <del>grundsätzlich in der Regel</del> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes <del>ist nur</del> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <del>ist</del> Absatz 1 möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“</b></p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 4 Absatz 2 gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							PatV: Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
5	2	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <b>„Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“</b>	Diese Regelung erlaubt in der Praxis das Höchstmaß an Flexibilität.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in <b>„Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt erhält.</b> Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <del>grundsätzlich</del> <b>in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>der Bezugärztin oder des Bezugsarztes <del>ist nur</del> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <b>ist</b> Absatz 1 möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.</b></p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird mit Blick auf die Ergänzung grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 4 Absatz 2 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
5	2	GKV-SV	36	PIBB	<p>Zustimmung Position GKV-SV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung: <b>ärztliche und psychologische Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeuten</b></p> <p>Die Psychotherapie ist eine Leistung, die für die Verarbeitung des Krankheitserlebens, der Entwicklung von Resilienz u.v.m. erforderlich ist und</p>	<p>Fachärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten können gleichermaßen die Funktion als Bezugsarzte/Bezugspsychotherapeuten übernehmen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Ablehnung der Aufnahme von Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten. Der Bezugärztin oder dem Bezugs-</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>für diese Patientengruppe schwer zu realisieren. Durch die Novellierung des PT-Richtlinie in 2017 kann das Setting der PT für diese Patientinnen und Patienten angepasst werden.</p> <p>Durch Einbeziehung der ärztlichen und psychologischen PT als Bezugstherapeuten wird ein Zugang zu der Leistung in der komplexen Behandlung abgebildet und etabliert.</p>		<p>arzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	2	GKV-SV, KBV, PatV	37	BDK	<p>Ablehnung von Position GKV-SV, KBV und PatV</p> <p>Zustimmung zu Position DKG, Berücksichtigung der Patientenrechte (Arztwahl) ist somit gesichert</p>	<p>Dies ist keine realitätsgerechte Vorgabe. Oft stellt sich erst während der Diagnostikphase bzw. bei Erstellung des Gesamtbehandlungsplans heraus, welche*r Bezugsärzt*in sinnvoll die Aufgabe übernimmt und vom Patienten gewünscht wird.</p> <p>Zudem können es Psychotherapeut*innen nicht sein (siehe §1 Absatz 3, § 5 Überschrift, sowie § 4 Absatz 2)</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „<b>Die Netzverbünde nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt erhält.</b> Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <b>grundsätzlich in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugsärztin oder des</p>
5	2	PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position PatV		
5	2	alle	39	BDP	Für nicht zielführend halten wird es, wenn die aufnehmende Person automatisch dauerhaft Bezugsfunktion erhält.	<p>Hier sollte in Absprache mit den Erkrankten auch ein Wechsel möglich sein, um eine möglichst gute „Passung“ zu erreichen.</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Bezugsarztes <del>ist nur</del> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <del>ist</del> Absatz 1 möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.</b></p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	2	GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	2		44	GNP	Zustimmung zu Position KBV	Siehe § 5 Absatz 1	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Entscheidung über die Wahl der Bezugärztin oder des Bezugsarztes soll durch den Netzwerkverbund festgelegt werden, um die unterschiedli-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>chen personellen Ressourcen und Organisationen der Netzverbände zu berücksichtigen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
5	2	DKG	45	DGPPN	Zustimmung zu Position DKG	<p>Es ist nicht sinnvoll, im Vornherein festzulegen, welcher Behandler im Netzwerk Bezugsarzt werden soll. Die Festlegung des Bezugsarztes sollte sich nach Merkmalen des Arztes, etwa fachlicher Schwerpunkt und Kapazitäten, sowie dem Patientenwunsch richten.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in <b>„Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt erhält.“</b> Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9 auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung</p>
5	2	DKG	47	CBP	Zustimmung zu Position DKG	<p>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</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>im Rahmen der Erstellung eines vorläufigen Behandlungsplans möglich.</p> <p>Nur wenn die Behandlungsplanung maßgeblich mit der Patientin oder dem Patienten gemeinsam und mit dem behandelnden Team erfolgt, sind Interventionen tragfähig.</p>	<p>erstellt, bleibt <b>grundsätzlich in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes <b>ist nur</b> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <b>ist</b> Absatz 1 möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.</b></p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	2	KBV	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV	<p>Die weitere Behandlung hängt häufig von dem die Eingangssprechstunde durchführenden Arzt bzw. Therapeuten ab.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Entscheidung über die Wahl der Bezugärztin oder des Bezugsarztes soll durch den Netz-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							verbund festgelegt werden, um die unterschiedlichen personellen Ressourcen und Organisationen der Netzverbände zu berücksichtigen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
5	2	DKG	53	VPKD	Zustimmung zu Position DKG	Patientenwünsche sollen bei der Formulierung des Behandlungsplans berücksichtigt werden. Ansonsten wäre die Inanspruchnahme gefährdet.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „ <b>Die Netzverbände nach § 3 Absatz 2 legen fest, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient nach Prüfung des Anspruchs auf Versorgung nach dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt erhält.</b> Die Fachärztin oder der Facharzt, der den Gesamtbehandlungsplan nach § 9

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>auf Basis der differentialdiagnostischen Abklärung erstellt, bleibt <b>grundsätzlich in der Regel</b> während des gesamten Zeitraums der Versorgung nach dieser Richtlinie die Bezugärztin oder der Bezugsarzt für die Patientin oder den Patienten. Ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes <b>ist nur</b> zu einer anderen Leistungserbringerin oder zu einem anderen Leistungserbringer nach <b>ist Absatz 1</b> möglich. <b>Die Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.</b></p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
5	2		56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV	Siehe Stellungnahme zu § 5 Absatz 4	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Die Entscheidung über die Wahl der Bezugärztin oder des Bezugsarztes soll durch den Netzverbund festgelegt werden, um die unterschiedlichen personellen Ressourcen und Organisationen der Netzverbände zu berücksichtigen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>



§ 5 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	3	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	...Die Bildung eines patientenindividuellen Behandlungsteams stellt ein besonderes Qualitätsmerkmal der Versorgung nach dieser Richtlinie dar. Sie gewährleistet einen kontinuierlichen fachlichen Austausch in der Konzeption und Anpassung der Gesamtbehandlungsplanung auf Basis regelmäßiger Fallbesprechungen, sichert eine abgestimmte Versorgung auch in Krisensituationen und kann auch in Krankheits- und Urlaubszeiten die Erreichbarkeit einer mit der Behandlung der jeweiligen Patient*in vertrauten Leistungserbringer*in sicherstellen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher kleinere Netzverbände; auf eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet, auch um ggf. auftretende Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
5	3	KBV	05	VKD	Ablehnung von Position KBV In diesem Paragraphen sind viele Feststellungen enthalten, die Selbstverständlichkeiten regeln. Die Festlegung der Beteiligten an einem Team und die Definition dessen ist unsinnig und wird deshalb abgelehnt.	Vergleiche Begründung zu Nr. 2 im §5	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	3	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV	<p>Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war, die Abläufe in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch verbindliche Kooperationsregeln zu verbessern.</p> <p>Ziel ist die zeitnahe Versorgung im Lebensumfeld des Patienten. Dafür nutzt der Bezugsarzt/-therapeut die Strukturen des Versorgungsnetzes. Die Hinzuziehung weiterer Akteure außerhalb des Kern-Netzes mit dem Patienten im Mittelpunkt folgt individuellen patientenabhängigen Erfordernissen.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher kleinere Netzverbände; auf eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet, auch um ggf. auftretende Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	3	KBV	14	VAKJP	Zustimmung zu Position KBV	<p>Zu §5: Für die VAKJP gilt der Leitgedanke: Es koordiniert sinnvollerweise die- bzw. derjenige, die bzw. der die erforderliche und notwendige Fachkompetenz für den Behandlungsfall mitbringt!</p>	<p><b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher kleinere Netzverbände; auf eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet, auch um ggf. auftretende</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
5	3	KBV	14	VAKJP	Ablehnung Position KBV	Netzverbände sollen i. R. ihrer Möglichkeit die Zuweisungspraxis in Absprache mit dem Pat. verbindlich regeln, ansonsten Überregulierung durch RL	<b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher kleinere Netzverbände; auf eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet, auch um ggf. auftretende Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung.
5	3	KBV	15	DGVT	Bildung eines Behandlungsteams soll als Option, nicht als Pflicht geregelt werden		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher kleinere Netzverbände; auf eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet,

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							auch um ggf. auftretende Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung.
5	3	KBV	16	DGSP	Ablehnung von Position KBV	zu statisch, Überregulierung durch RL	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	3	KBV	21	Caritas	Zustimmung zu Position KBV	Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines patientenindividuellen und patientenzentrierten Behandlungsteams erforderlich....	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher kleinere Netzverbände; auf eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet, auch um ggf. auftretende Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
5	3	KBV	22	BAG GPV	Ablehnung von Position KBV	Ein personenzentrierter Ansatz bei der Teambildung ist durchaus zu begrüßen. Allerdings erscheint die Bildung von patientenindividuellen	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Teams sehr realitätsfern. Die Bildung von Behandlungsteams darf darüber hinaus nicht durch die behandelnden Ärzte/Ärztinnen festgelegt werden, sondern wird von den jeweiligen Leistungserbringern gemeinschaftlich festgelegt.	
5	3	KBV	27	BApK	Zustimmung zu Formulierung KBV zu 1. Absatz „Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines patientenindividuellen und patientenzentrierten Behandlungsteams erforderlich. Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt das Behandlungsteam zusammen.“ Vorschlag zur Ergänzung: <b>„Die Zusammensetzung und Größe des Behandlungsteams ergeben sich aus den aktuellen Bedürfnissen des Patienten oder Patientin.“</b>	Der Verlauf einer psychischen Erkrankung ist nicht stetig, sondern wird u. a. auch durch Krisen bestimmt. Die Zusammensetzung des Behandlungsteams kann daher nicht konstant sein, sondern muss immer den aktuellen Bedürfnissen des Patienten angepasst werden (Ideen des Flexible Assertiv Community Treatment Teams). Die einzige Konstant sollte der Bezugsarzt/-therapeut und die koordinierende Person nach §6 bleiben.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher kleinere Netzverbände; auf eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet, auch um ggf. auftretende Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.
5	3	KBV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position der KBV bezüglich der <i>patientenindividuellen Behandlungsteams</i> . Vorschlag zur Ergänzung:	Siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 3 und §4 Abs. 2	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					„Die Bezugärztin oder der Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt das Behandlungsteam <b>in Absprache mit der*dem Patient*in</b> zusammen.“		
5	3	KBV	31	SHV	Ablehnung von Position KBV	Die Zusammensetzung des Netzverbundes ist bereits in §4 ausreichend geregelt.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	3	KBV	32	DVGp	Ablehnung von Position KBV	Unnötige Einengung der Zusammenstellung der jeweils zuständigen Bezugspersonen	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	3	KBV	34	Dt. PaWo	Ablehnung von Position KBV	Diese Regelung schränkt die Flexibilität in der Praxis unnötig ein	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	3	KBV	37	BDK	Ablehnung von Position KBV	Es existiert hier keine neue wesentliche Information, die nicht schon an anderen Orten geregelt ist.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	3	GKV-SV, DKG, PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG und PatV ( <i>keine Übernahme</i> )		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	3	GKV-SV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG und PatV ( <i>keine Übernahme</i> )		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	3		44	GNP	Zustimmung zu Position KBV	Siehe § 5 Absatz 1	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher kleinere Netzverbände; auf eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet, auch um ggf. auftretende Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung.
5	3	GKV-SV, DKG, PatV	45	DGPPN	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG und PatV ( <i>keine Übernahme</i> )	Es ist bereits an anderer Stelle geregelt, in welcher Weise der Bezugsarzt die Behandlung des Patienten koordiniert. Die weitere Bildung eines patientenindividuellen Behandlungsteams erscheint überflüssig.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	3	KBV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV  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 Bezugärztin oder der Be-	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>zugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt das Behandlungsteam unter Beteiligung des Patienten zusammen.</p> <p>Das Behandlungsteam wird aus benannten und passenden Teilnehmern anhand des Bedarfes der Patientin/des Patienten aus dem Netzwerk gebildet.</p> <p>Kooperationspartner sind patientenindividuell einzubinden. Patientinnen und Patienten sind maßgeblicher Teil dieses Teams.</p>	<p>kleinere Netzverbände; auf eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet, auch um ggf. auftretende Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	3	KBV	48	DPTV	<p>Zustimmung zu Position KBV:  <i>„Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist die Bildung eines patientenindividuellen und patientenzentrierten Behandlungsteams erforderlich. Die Bezugärztin oder der Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt das Behandlungsteam zusammen“</i></p>	<p>Behandlungsteams bestehen aus einer Fachärztin/einem Facharzt und einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten und können patientenbezogen und in Absprache mit den Patientinnen zusammengestellt werden. Durch ein kleines Kernteam werden entscheidende somatische und psychotherapeutische Kompetenzen zusammengeführt,</p>	



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Schwerpunkte der Versorgung nach dieser Richtlinie festgelegt und personell repräsentiert. Die Bezugspsychotherapeutin/der Bezugspsychotherapeut oder Bezugärztin/Bezugsarzt werden festgelegt je nach Schwerpunkt der Behandlung in Absprache mit den Patient*innen.</p> <p>Die notwendigen sozialrechtlichen Befugnisse zur Veranlassung der flankierenden Maßnahmen, Ergotherapie, Soziotherapie, häuslich-psychiatrische Krankenpflege, der Veranlassung einer somatischen Abklärung sowie gegebenenfalls Veranlassung einer stationären Behandlung liegen in den genannten Fachgruppen vor.</p>	
5	3		56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV	Siehe Stellungnahme zu § 5 Absatz 4	<p><b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert gemessen an der Anzahl der Beteiligten eher kleinere Netzverbände; auf</p>

Stand: 12.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							eine weitere Abstufung in Form von Behandlungsteams wird daher verzichtet, auch um ggf. auftretende Unklarheiten in der Zusammenarbeit zu vermeiden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

## § 5 Absatz 4

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	4	DKG	01	BÄK	Zustimmung zu Position der DKG	Es ist nicht notwendig und auch nicht sinnvoll in der Richtlinie die Aufgaben der Ärztin oder des Arztes im niedergelassenen Bereich zu regeln, wie dies in § 5 Absatz 4 von GKV-SV und PatV formuliert wird.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Absatz dient der Klarstellung in Abgrenzung zur Beschreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund und damit der Reduzierung von Verantwortungsdiffusion. Keine Änderung.
5	4	KBV, DKG	02	BPTK	Zustimmung zu Position KBV	Die Aufgaben, die im Vorschlag des GKV-SV und der PatV als Aufgabe für die Bezugsärzt*in vorgesehen sind, schränken den erforderlichen Koordinationsaufwand für diese Patientengruppe auf ein umgrenztes kontrollierendes Aufgabenspektrum ein und sehen zudem vor, dass relevante Koordinationsleistungen nicht durch Fachärzt*innen selbst erbracht werden sollen, sondern regelhaft an andere Berufsgruppen zu übertragen sind, obwohl es sich hierbei	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Absatz dient der Klarstellung in Abgrenzung zur Beschreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund und damit der Reduzierung von Verantwortungsdiffusion. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						dezidiert um Koordinationsleistungen handelt, die eine entsprechende fachärztliche bzw. psychotherapeutische Kompetenz voraussetzen. Damit blieben die Chancen einer tatsächlichen Verbesserung für Patient*innen mit einem erhöhten Koordinationsbedarf ungenutzt.	
5	4		05	VKD	Auch in dieser Konstruktion kann nur der Bezugsarzt die Koordination übernehmen. Eine hier bereits vorgenommene Trennung zeichnet den Weg in den EBM auf, weil hier die Delegation der Koordinationsaufgaben an nichtärztliches Personal dies vorgibt.	Die extrem kleinteilige Festlegung der Aufgabenzuweisung ist in der Praxis nicht leistbar. Eine kalte Überführung der PIAs in andere Vergütungssysteme ist derzeit rechtswidrig.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Absatz dient der Klarstellung in Abgrenzung zur Beschreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund und damit der Reduzierung von Verantwortungsdiffusion. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
5	4	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	In dieser Formulierung wird die Regelung bereits klar beschrieben. Die Beschreibung der Aufgaben im Versorgungsnetz ist in § 7 geregelt.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Zustimmung zur Ausführung, dass es nicht
5	4	KBV, DKG	09	DVSG	Vorschlag zur Ergänzung: <b>„...oder eine vom Netzwerkbund zu bestimmende Person.“</b>	Es ist nicht zwingend erforderlich und sinnvoll, dass der Bezugsarzt bzw. die Bezugsärztin diese Koordinationsaufgabe	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Zustimmung zur Ausführung, dass es nicht

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>wahrnimmt. Die Eignung liegt auch bei weiteren Akteurinnen und Akteuren (z. B. Soziale Arbeit).</p>	<p>sinnvoll erscheint, dass Bezugssärztinnen und Bezugssärzte die Koordinationsaufgabe wahrnehmen. Die vorgeschlagene Ergänzung würde in dieser Form auch die Benennung einer koordinierenden Person außerhalb des Netzverbundes ermöglichen. Die Verantwortung für die Koordination der Versorgung sollte jedoch verbindlich geregelt sein, um insbesondere die enge Abstimmung mit der Bezugssärztin oder dem Bezugssarzt zu gewährleisten. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnahmen wird nicht gefolgt, da der Vorschlag zu unbestimmt ist.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	4	KBV, DKG	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG Die offene Formulierung ist mit der Verknüpfung der Regelung nach Absatz 5 praktikabel.	Die Aufgabenbeschreibung von GKV-SV/PatV ist abschließend formuliert, demnach dürfte der/die jeweilige Bezugstherapeut/-therapeutin keine weiteren Aufgaben erbringen	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Absatz dient der Klarstellung in Abgrenzung zur Beschreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund und damit der Reduzierung von Verantwortungsdiffusion. Keine Änderung. <b>KBV</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
5	4	PatV	16	DGSP	Ablehnung von Position PatV <i>„... oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut“</i>		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	4 Nr. 1	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	4 Nr. 2	PatV	16	DGSP	Vielfalt der Möglichkeiten nutzen, wenn vorhanden		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	4 Nr. 3	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	4	KBV, DKG	21	Caritas	Zustimmung zu Position KBV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Die Bezugärztin oder der Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut koordiniert oder delegiert die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dem Gesamtbehandlungsplan. Er veranlasst Fallbesprechungen zu Diagnostik und Therapie, sofern im Einzelfall erforderlich.“</i>	Die Aufgaben des/der Bezugsarztes/der Bezugärztin oder psychotherapeut_in sollten in der Richtlinie klar benannt werden...Ergänzt werden sollten Fallbesprechungen, sofern im Einzelfall erforderlich, da sie für die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans ein wichtiges Element sein können.	<b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich im § 4 Absatz 5 und § 6 Absatz 1 Nr. 9 gefolgt.
5	4	GKV-SV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position GKV-SV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
5	4	KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Absatz dient der Klarstellung in Abgrenzung zur Beschreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund und damit der Reduzierung von Verantwortungsdiffusion. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
5	4	PatV	29	Diakonie - BeB	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: um die Einleitung von stationsäquivalenten Behandlungen und Überweisen zu Leistungen der medizinischen Reha Darüber hinaus fehlt die Möglichkeit, dass vor einer raschen Zuweisung in die Behandlung eine Phase der Vertrauensbildung notwendig sein kann, die der Herstellung der konsensuellen Behandlungsbereitschaft dient. Für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen übernehmen diese Funktionen häufig Suchtberatungsstellen.	Bei Komorbidität von schweren psychischen Erkrankungen und einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung sind – falls erforderlich – Behandlungen anzubieten, die alle behandlungsbedürftigen Diagnosen umfassen	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die zentrale Aufgabe aller Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist es, auf die Patientin oder den Patienten einzugehen; der Vertrauensbildungsprozess ist bereits Bestandteil der Behandlung. Keine Änderung.
5	4	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Die Aufzählung der Aufgaben der Bezugssärzte und der Bezugspsychotherapeuten dient der Klarstellung und als Richtschnur für die Teilnehmer in den Verbundnetzen. Die Möglichkeit, dass Psychotherapeut:innen Bezugspsychotherapeut:innen sein können, wird vom SHV ausdrücklich unterstützt. Auch hier kann das	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						therapeutische Verhältnis ... für einen Behandlungsverlauf und -erfolg maßgeblich sein.	
5	4	GKV-SV	32	DVGP	Zustimmung zu Position GKV-SV mit Ergänzung in Ziffer 2: <i>„die unverzügliche Einleitung einer ambulanten, <b>teilstationären, stationsäquivalenten</b> oder stationären Behandlung,</i>	Die Durchführung der Koordination durch Bezugsärzte/psychotherapeuten (Alternative der KBV/DKG) dürfte unrealistisch sein, sie werden diese Aufgabe in aller Regel delegieren bzw. verordnen. Die Formen der Behandlung sollten vollständig genannt sein. Durch den Verzicht auf den Begriff „Krankenhausbehandlung“ wird das Missverständnis vermieden, dass in jedem Fall eine Krankenhausaufnahme erforderlich sei.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „2. die unverzügliche Einleitung einer ambulanten, <b>teilstationären, stationsäquivalenten</b> oder stationären Behandlung, [...]“ <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
5	4	GKV-SV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV, PatV Der Absatz sollte nicht übernommen werden, der Absatz von DKG/KBV reicht vollkommen (falls nicht sprechen wir uns für den Vorschlag des GKV-SV aus)	Es ist nicht sinnvoll, hier Basisaufgaben eines/einer Arztes/Ärztin im niedergelassenen Bereich zu regeln.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Absatz dient der Klarstellung in Abgrenzung zur Beschreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund und damit der Reduzierung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							von Verantwortungsdiffusion. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
5	4	alle	39	BDP	<p>Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in koordinieren die Behandlung; der Gesamtbehandlungsplan sollte aber nach Abstimmung mit dem Behandlungsteam gemäß §4 (1) erstellt werden.</p> <p>Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans werden mit den Patientinnen und Patienten Maßnahmen für Krisen und Notfälle konkret abgestimmt und individuelle Absprachen getroffen. Gemäß den regionalen Gegebenheiten können hier auch der ärztliche Bereitschaftsdienst oder Angebote der Kooperationspartner des Netzverbundes einbezogen werden. Bei der Bewältigung von Krisen erscheint es uns sinnvoll, Hilfsstrukturen, für z.B. Wochenenden, auszubauen, ebenso eine kurzfristige Tag-/Nachtbetreuung. Bestehen hierbei regional noch keine Angebote soll eng mit stationären Netzwerkmit-</p>	<p>Behandlungsplan und Krisenplan sollten die Ressourcen des berufsübergreifenden Netzwerkes enthalten.</p> <p>Eine flexible und „vertraute Synergien nutzende“ Krisenbewältigung verbessert die Prognose</p>	<p><b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die mit der Richtlinie adressierte Patientengruppe benötigt neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung; aus diesem Grund wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Der Absatz dient daher der Klarstellung in Abgrenzung zur Beschreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerkverbund und damit der Reduzierung von Verantwortungsdiffusion. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>gliedern kooperiert werden um flexible und individuelle Hilfsangebote aufzubauen. Angebote außerhalb des SGB V (z.B. „Krisen-betten“ im Bereich des ambulant betreuten Wohnens) sollten einbezogen und parallele Strukturen vermieden werden. Siehe auch § Abs 4.</p> <p>Der gesetzliche Auftrag, der ausdrücklich den psychotherapeutischen Koordinationsbedarf umfasst, wird umgesetzt, indem Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Bezugspsychotherapeutinnen und -therapeuten Diagnose, Indikationsstellung, die Koordination der Behandlung übernehmen können.</p>	Vgl. §1 Abs 3	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich an anderer Stelle gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt</p>
5	4	GKV-SV, PatV	42	BV Soziotherapeuten	<p>Teilweise Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV</p> <p>Vorschlag:  <i>„Die <b>Bezugsärztin oder der Bezugsarzt (PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut) oder Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin bzw. die koordinierenden Person nach § 6 ist verantwortlich für die Erstellung, dokumentierte Überprüfung</b></i></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Aufgaben der koordinierenden Person werden in Abgrenzung zur Bezugsärztin oder des Bezugsarztes in § 10 konkretisiert. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin <del>und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 6,</del></i></p> <p><i><del>2. [GKV-SV: die unverzügliche Einleitung einer ambulanten oder stationären Behandlung] [Pat V: die Einleitung einer sofortigen Therapie, gegebenenfalls Veranlassung einer (teil)stationären Einweisung oder anderen Form der Verordnung einer Krankenhausbehandlung, Veranlassung einer stationären Einweisung oder Veranlassung des Eingehens einer Kooperation mit stationären Einrichtungen,]</del></i></p> <p><i><del>3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und falls erforderlich die Veranlassung einer Behandlung.“</del></i></p>		
5	4	KBV, DKG	47	CBP	<p>Zustimmung zu Position KBV Vorschlag: Ergänzung: <i>Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeut koordiniert <b>oder delegiert</b> die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dem Gesamtbehandlungsplan.</i></p>	<p>Die Aufgaben des/der Bezugsarztes/der Bezugärztin oder 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.</p>	<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Absatz dient der Klarstellung in Abgrenzung zur Beschreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Vorschlag: Ergänzt werden sollten <b>Fallbesprechungen, sofern im Einzelfall erforderlich</b> , da sie für die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans ein wichtiges Element sein können.		und damit der Reduzierung von Verantwortungsdiffusion. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich im § 4 Absatz 4 und 5 sowie § 6 Absatz 1 Nr. 9 gefolgt.
5	4	KBV	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV	In dieser Formulierung wird die Regelung bereits klar beschrieben. Die Beschreibung der Aufgaben im Versorgungsnetz ist in §7 geregelt.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Absatz dient der Klarstellung in Abgrenzung zur Beschreibung der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund und damit der Reduzierung von Verantwortungsdiffusion. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
5	4		56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV  Vorschlag:	Auch eine FachärztIn oder eine psychologische PsychotherapeutIn einer PIA als Mitglied im Netzwerkverbund kann die	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Zustimmung zur Über-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					„Auch eine FachärztIn oder eine psychologische PsychotherapeutIn einer PIA als Mitglied im Netzverbund kann die Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan als BezugstherapeutIn tragen.“	Gesamtverantwortung für den Gesamtbehandlungsplan als BezugstherapeutIn tragen.	<p>nahme der Rolle der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes durch eine Fachärztin oder einen Facharzt in einer psychiatrischen Institutsambulanz. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da das Krankenhaus als Ganzes als Kooperationspartner vorgesehen ist.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

## § 5 Absatz 5

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	5	KBV, PatV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, PatV ... <i>“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut trägt...</i>	Siehe frühere Begründungen	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung
5	5	KBV	14	VAKJP	Zustimmung zu Position KBV		
5	5	KBV, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, PatV <i>“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut“</i>	Die Aufnahme der Bezugspsychotherapeutin/-therapeuten ist zwingend erforderlich	
5	5	KBV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV, PatV <i>“oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut“</i>		

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung. KBV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt
5	5		22	BAG GPV	Zustimmung		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt sofern Bezugspsychotherapeuten umfasst sind.
5	5	KBV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, PatV		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
5	5	KBV, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position KBV, PatV		<b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
5	5	KBV	37	BDK	Ablehnung von Position KBV	Keine Psychotherapeut*innen (siehe §1 Absatz 3, § 5 Überschrift, sowie § 4 Absatz 2)	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p>
5	5		42	BV Soziotherapeuten	Ablehnung		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, psychologische Psychotherapeuten können in enger Abstimmung mit ärztlichen Kollegen die Koordinationsfunktion und die Rolle als Bezugstherapeut übernehmen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
5	5	KBV, PatV	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV, PatV	Siehe frühere Begründungen	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p>
5	5		56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV	Siehe Stellungnahme zu § 5 Absatz 4	

Stand: 12.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

**§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten**

**§ 6 Absatz 1**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	1	KBV, DKG	01	BÄK	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Die Koordination der Versorgung ist nicht vollumfänglich durch eine nicht-ärztliche Person möglich, wie im Vorschlag des GKV-SV und der PatV gefordert. Einzelne Aufgaben allerdings können und sollten selbstverständlich an nicht-ärztliche Berufsgruppen übertragen werden.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	1		06	bpa	Vorschlag: <b>„Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten</b>	Der bpa bezweifelt die Notwendigkeit, eine Differenzierung bei den geeigneten Berufsgruppen vorzunehmen	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<b>übernimmt ein durch die Netzwerkpartner bestimmter Leistungserbringer durch hierfür geeignete Beschäftigte.“</b>	<p>und verweist darauf, dass es sich regelhaft um Beschäftigte der Leistungserbringer handelt, die nicht als frei verfügbare Personen agieren, sondern in einem Arbeitsverhältnis mit dem benannten Leistungserbringer stehen. Eine Verfügungsbefugnis anderer über diese Personen scheidet insofern aus.</p> <p>Sofern die Einbindung Selbständiger erfolgen soll, wären - neben der Frage der qualitätsgesicherten Leistungserbringung und ihrer Überprüfung - eine Vielzahl sozialrechtlicher und steuerrechtlicher Fragen zu klären.</p>	<p>gefolgt. Da die koordinierende Person weitreichende Aufgaben übernimmt und auch die Patientin oder den Patienten in einem Zweier-Verhältnis betreut ist die Vorgabe entsprechender Qualifikationen unumgänglich. Die koordinierende Person kann dabei auch in der Praxis angestellt sein; es bestehen keine die entgegenstehenden Vorgaben. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da der Vorschlag zu unbestimmt ist.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt</p>
6	1	KBV, DKG	12	dgsp	Zustimmung zu Position KBV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Die Koordination der Versorgung ... erfolgt durch: die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugpsychotherapeutin oder den Bezugspsy-</i>	Die Gruppe der Berufsbetreuer wurde bislang nicht als Teilnehmer am Versorgungsnetzwerk aufgeführt, könnte aber Koordinierungsaufgaben übernehmen	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>chotherapeuten. Teile der Koordinationsaufgabe können entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben an Personengruppen nach Abs. 2 oder an andere Netzmitglieder (z.B. auch <b>Berufsbetreuerinnen oder Berufsbetreuer</b>) übertragen werden.“</i>		<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da der Vorschlag zu unbestimmt ist.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird nicht gefolgt. Es ist nicht Aufgabe von rechtlichen Betreuern nach dem BGB, die Koordination der Leistungserbringer untereinander zu übernehmen. Ferner ist es nicht sinnvoll, zwischen Berufsbetreuern und anderen Betreuern (z.B. aus Betreuungsvereinen oder Privatpersonen) zu unterscheiden.</p>
6	1	KBV, DKG	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Dieser Vorschlag formuliert die Verantwortlichkeiten eindeutig	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
6	1	GKV-SV, PatV	21	Caritas	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Da die Verantwortung für den Gesamtplan beim Bezugsarzt/der Bezugärztin oder -psychotherapeut_in liegt, sollte er/sie auch die Koordinationsverantwortung haben. Der Vorschlag von GKV-SV und PatV, wonach die nicht—ärztliche Koordinierungsperson letztlich auch gegenüber der Bezugärztin/dem Bezugsarzt weisungsgebunden ist, ist stringenter und wird daher von der Caritas unterstützt.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	1	GKV-SV, DKG	24	BVDP	Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, DKG: „i. S. d. § 11“	Erlaubt eine zusätzliche Präzisierung	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	1	PatV	29	Diakonie - BeB	Zustimmung zur Position PatV Die koordinierende Bezugsperson sollte dabei möglichst jemand sein, der oder die schon an der Behandlung beteiligt ist und zu der die oder der Patient*in bereits eine vertrauensvolle Beziehung hat. Hier kämen ggf. auch Mitarbeitende der Suchtberatungsstellen in Frage.		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Koordinationsfunktion sollte für jede Patientin oder jeden Patienten grundsätzlich kontinuierlich durch dieselbe Person übernommen werden. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da sie dem vorgeschlagenen Delegationsmodell mit eindeutiger Verantwortungszuweisung widerspricht.
6	1		30	SpiFa	Der SpiFa spricht sich für eng und an die Weisungen des Bezugsarztes gebundene koordinierende Person aus. Bezüglich der Qualifikation sollte ein Erfahrungshintergrund im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen vorliegen... Die Unterstützung in der Koordination erfordert, dass die damit beauftragte Person sowohl den Patienten kennt und für ihn individuell an-		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					sprechbar ist als auch engen und weisungsgebundenen Kontakt mit dem fachlich Koordinierenden pflegt... Vom Bezugsarzt unabhängig im Netz agierende Personen sind als kostenintensiv und impraktikabel abzulehnen...		
6	1	GKV-SV, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Formulierung GKV-SV, PatV <i>„eine nichtärztliche koordinierende Person, angebunden an die Praxis...“</i>	Die Anbindung der koordinierenden Person an die Praxis der Bezugärztin oder der Bezugspsychotherapeutin hat organisatorische Vorteile: kurze Wege, schnellere Kommunikation.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	1	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position PatV	Koordination ist weder berufsrechtlich noch bezüglich der erforderlichen Qualifikation eine notwendigerweise ärztliche oder psychotherapeutische Aufgabe. Der Vorschlag der PatV gibt den Verbänden Gestaltungsfreiheit im Hinblick auf ihre personelle Zusammensetzung und die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen. Eine Weisungsbindung an die Ärzte/Psychotherapeuten ist nicht erforderlich; vergleich-	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt erstellen den Gesamtbehandlungsplan; die Weisungsgebundenheit gewährleistet dabei eine enge Abstimmung der koordinierenden Person mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>bare Leistungen wie z. B. Psychotherapie sind <b>verordnete</b> Leistungen, das gleiche Prinzip ist hier angemessen</p>	
6	1	KBV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV	<p>Die Bezugsbehandler sind die zentralen Ansprechpartner und übergeordneten Koordinatoren. Die zusätzliche organisatorische Koordination wird eine Überforderung sein. Deshalb sind unkomplizierte und flexible Möglichkeiten der Delegation wichtig. ...Denkbar sind sowohl Anstellungen als auch die Tätigkeit in freier Mitarbeit...</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	1	GKV-SV, PatV	35	ackpa	<p>Ablehnung von Position GKV-SV, PatV</p> <p>„nichtärztliche koordinierende Person“</p> <p>Aus der Gruppe der an der Behandlung eines Patienten beteiligten Akteure entscheidet sich der Patient/in für eine koordinierende Bezugsperson.</p>	<p>Eine neue Schnittstelle ist abzulehnen. Diese Funktion kann und wird durch Mitarbeitende einer PIA schon jetzt oft eingenommen und ist als Anreiz in die Vergütungssysteme zu übernehmen. Siehe auch Tragende Gründe: Die kleinteiligen Aufgabenvorschläge insbesondere des GKV-SV sind maximal intrusiv für die Zielgruppe und damit kontraproduktiv. Zugespitzt: Patient*innen die das können, brauchen diese Versorgungsform nicht.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Positionierung der Stellungnehmer erscheint an dieser Stelle nicht vollständig. Tatsächlich besteht schon heute die Möglichkeit in PIAs, dass Patienten durch nicht-ärztliches Personal gestützt werden; dies ist natürlich in den Pauschalen vergütet (und kann in der Einzelvergütung entsprechend geltend gemacht werden). PIAs erbringen heute schon Komplexleistungen, jedoch leider nicht in dem erforderlichen Umfang. Aus diesem Grund sieht das Versorgungsmodell vor, dass Patienten auch in der ambulanten Versorgung eine unterstützende nicht-ärztliche Person zur Seite gestellt wird. Die zugespitzte Formulierung wirkt unklar, denn die Patienten erhalten ja gerade eine Unterstützung durch eine</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							nicht-ärztliche koordinierende Person, weil sie aufgrund der schweren psychischen Erkrankung und eines eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus nicht immer in der Lage sind, sich die Hilfe selber zu organisieren. Keine Änderung.
6	1	KBV	36	PIBB	Die Koordination der Versorgung... erfolgt durch die Bezugärztin/den Bezugsarzt oder die Bezugs-Psychotherapeutin/den Bezugspsychotherapeuten usw.	<p>Durch eine externe Koordination ist die Steuerung der notwendigen Behandlungspfademassnahmen nicht durchführbar, da die koordinierende Person über hohe Fachkompetenzen verfügen muss und den Krankheitsverlauf der Patientin/des Patienten engmaschig begleiten soll.</p> <p>Die Terminvergabe, Dokumentation und andere erforderliche Aufgaben kann einer Person überlassen werden, die vom Bezugstherapeuten /Fachärztin angeleitet wird (MFA) oder entsprechend berufsrechtlicher Vorgaben an Personengruppen Absatz 2 delegiert werden</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Die Weisungsgebundenheit stellt</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Der Bezugsarzt/die Bezugärztin bzw. die Bezugspsychotherapeutin/ der Bezugspsychotherapeut organisiert nach Bedarf Einzelfallbesprechungen mit den beteiligten Leistungserbringern, mindestens 1xQuartal	Sowohl die Patientin/der Patient als auch die Leistungserbringer können Bedarf anmelden für Besprechungen des Verlaufes	dabei die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt sicher. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	1		41	APK	Die Leitung des Behandlungsgeschehens und die Verantwortlichkeit für die Koordination sollte in ärztlicher Hand liegen. Die Übernahme der Koordination sollte unabhängig davon geregelt werden. Diese sollte auch durch andere therapeutische Berufsgruppen übernommen werden können ohne dass die ärztliche Gesamtverantwortung für die Behandlung dadurch infrage steht.		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Zustimmung dazu, dass die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes verbleibt. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da zum einen auch psychologische Psychotherapeuten die Behandlungsleitung übernehmen können und zum anderen Koordinationsleistungen zwar delegiert werden können, die Gesamtverantwortung aber bei den Bezugsärzten bzw. -therapeuten verbleibt. Damit ist die Koordination nicht losgelöst von der Rolle des Bezugsarztes/-therapeuten zu sehen.</p>
6	1		42	BV Soziotherapeuten	<p>Vorschlag:  <i>„Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie [GKV-SV/DKG: i.S.d. § 11] erfolgt durch den <b>Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin oder durch eine nichtärztliche koordinierende Person. der bei der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4.</b></i></p> <p><i>Teile der Koordinationsaufgabe können entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben an Personengruppen</i></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die soziotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind bereits in der Aufzählung der möglichen Berufsgruppen, die die Koordinationsfunktion übernehmen können, enthalten. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>nach Absatz 2 oder an andere Netzmitglieder übertragen werden.“</i>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, wie schon zuvor begründet.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
6	1		44	GNP	Koordination liegt in der eindeutigen Fachverantwortung von FachärztInnen und PsychotherapeutInnen	Die Koordination der Versorgung ist die genuine Aufgabe von BezugärztInnen und BezugspsychotherapeutInnen, da sie über die umfassende fachliche Expertise zur Behandlungsplanung verfügen. Spezifische Koordinationsaufgaben können delegiert werden.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	1-2	DKG	45	DGPPN	Zustimmung zu Position DKG	Die Koordination darf nicht vollständig durch eine nicht-ärztliche Kraft erfolgen.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
6	1	PatV	46	Dt. Alzheimer Gesellschaft	Zustimmung zu Position PatV	Bei der Koordination im Sinne der Patienten ist insbesondere	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						wichtig, dass die koordinierenden Person diesem bekannt ist und ein Vertrauensverhältnis besteht, nicht so sehr, wo genau dieser Person angebunden ist.	<b>GKV-SV:</b> Die Koordinationsfunktion sollte für jede Patientin oder jeden Patienten grundsätzlich kontinuierlich durch dieselbe Person übernommen werden. Keine Änderung.
6	1		47	CBP	Vorschlag: <i>„Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt durch: <b>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.</b>“</i>	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 Netzwerk tätigen	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzwerkverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Leistungserbringern in gleicher Höhe abgerechnet werden kann.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die koordinierenden Aufgaben bei einer Versorgung nach dieser Richtlinie sind wesentlicher Bestandteil der berufsgruppenübergreifenden Komplexversorgung. Es ist nicht zu erwarten, dass die damit verbundenen, zeitaufwändigen Arbeiten wie die Organisation von Gruppentherapien, die Vermittlung von Behandlungsterminen oder aber auch das Aufsuchen der Patientinnen und Patienten in ihrer Häuslichkeit durchweg von Vertragsärztinnen oder Vertragsärzten und -psychotherapeutinnen oder -psychotherapeuten wahrgenommen werden können. Aus diesem Grund können Teile dieser Koordinationsarbeit an qualifizierte Fachkräfte delegiert werden, allerdings ohne dass dabei die</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Bedeutung der Behandlungskontinuität durch den Bezugsarzt/-Therapeuten gefährdet werden darf. <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt
6	1	GKV, PatV	48	DPTV	Ablehnung von Position GKV-SV und PatV Den Vorschlag, die koordinierende Person weisungsgebunden anzubinden lehnen wir ab.	Einzelne Koordinierungsaufgaben können von der Bezugsärztin/dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin/dem Bezugspsychotherapeuten delegiert und von verschiedenen Fachgruppen wahrgenommen werden. In Betracht kommt die/der in der Praxis der Bezugspsychotherapeutin/ des Bezugspsychotherapeuten oder der Bezugsärztin/des Bezugsarztes angestellte MFA mit entsprechender Qualifikation. Darüber hinaus können z.B. die einbezogenen Soziotherapeuten oder Ergotherapeuten koordinierende Funktion übernehmen. Die Aufgabenverteilung ergibt sich aus dem Gesamtbehandlungsplan und ist Teil der Tätigkeitsbeschreibung der genannten Berufsgruppen. Ko-	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Die Weisungsgebundenheit stellt dabei die enge Abstimmung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>operierende Soziotherapeuten und Ergotherapeuten werden über eine Verordnung entsprechender Leistungen, Team- und Abstimmungsgespräche einbezogen.</p> <p>Die Anstellung dieser Berufsgruppen bedeutet eine erheblich Engführung der Versorgung nach dieser Richtlinie, an der dann ausschließlich wenige, auf diese Leistungen spezialisierte Ärzt*innen und -Psychotherapeut*innen teilnehmen können. Das gefährdet ein flächendeckendes niedrighschwelliges Versorgungsangebot.</p>	zwischen der koordinierenden Person und der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt sicher. Keine Änderung.
6	1	KBV, DKG	49	DVT	Zustimmung zu Position KBV und DKG	<p>Bezüglich der Koordination der Behandlung unterstützen wir die Position von KBV und DKG, dass die Koordinierung durch die Bezugstherapeut*in erfolgen sollte und ggf. an andere beteiligte Berufsgruppen übertragen werden kann.</p> <p>Wir befürchten hier eine eindeutige Einteilung von Aufgaben und Kompetenzen,</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						wenn die Rolle der Koordination durch eine andere Person bzw. Berufsgruppe als die der Bezugstherapeut*innen erfolgen sollte. Die Koordination der Behandlung hängt eng mit dem Behandlungsplan zusammen, der in der Verantwortung der Bezugstherapeut*in liegt. Daher sollten diese Aufgaben nicht getrennt werden.	des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.
6	1	KBV, DKG	54	MEG	Zustimmung zu Position KBV und DKG		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6			55	DFPP	Die Ausführungen im § 6 hängen aus Sicht der DFPP von den Formulierungen in § 5 ab. Koordinierende Aufgaben sollten diejenigen Leitungserbringenden übernehmen, die zum Betroffenen guten Kontakt haben sowie sein Umfeld und die regionalen Möglichkeiten sehr gut kennen. Eine explizite Weisungsgebundenheit an den/die Behandlungsführenden ist weder erforderlich noch sachdienlich, die Aufgaben ergeben sich aus dem für alle verbindlichen Gesamtbehandlungsplan und den multiprofessionellen Absprachen und müssen darüber hinaus in der Durchführung		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anlei-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					vom Leistungserbringenden verantwortet werden.		tung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Die Weisungsgebundenheit stellt dabei die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt sicher. Keine Änderung.
6			56	DDPP	Die Koordination verschiedener Hilfen muss von einem/r an der Behandlung direkt beteiligten psychotherapeutisch qualifizierten (Bezugs-)TherapeutIn unter aktiver Einbeziehung des/der PatientIn geschehen. Teile der Koordinationsaufgaben können an andere Berufsgruppen und erfahrene GenesungsbegleiterInnen delegiert werden.	Auch die konkrete pragmatische Koordination der verschiedenen Hilfen muss von einem/r an der Behandlung direkt beteiligten psychotherapeutisch qualifizierten TherapeutIn unter aktiver Einbeziehung des/r PatientIn geschehen. Die Koordination sollte durch den/die BezugstherapeutenIn in Absprache mit den PatientInnen erfolgen, was bei PatientInnen mit schweren und komplexen psychiatrischen Erkrankungen meist nur durch professionelle Beziehungsarbeit leistende BehandlerInnen erfolgen kann. Operative, rein organisatorische oder zeitaufwändige Begleitung	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						zur Wahrnehmung von z.B. Arztterminen können delegiert werden. Ein reines Case Management erbringt nachgewiesenermaßen keine Verbesserung. Die Koordination von Leistungen, die PatientInnen dann auch annehmen, kann nur durch eine therapeutisch qualifizierte Beziehungsperson, die in direktem vertrauensvollen Kontakt mit den PatientInnen steht, vorgenommen werden.	nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Die Weisungsgebundenheit stellt dabei die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt sicher. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
6	1	KBV, DKG	57	BED	Zustimmung zu Position zu KBV, DKG	Weisungsgebundenheit wie von GKV-SV/PatV vorgeschlagen widerspricht dem Netzwerkgedanken und passt nicht in das Bild einer interprofessionellen Zusammenarbeit.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch
6	1 Nr. 1	KBV, DKG	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, DKG	...die Koordination der Versorgung (ist) genuine Aufgabe der Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in. Denkbar ist, dass je nach individuellem Behandlungs- und Koordinationsbedarf der Patient*in Teile der Koordination an andere Berufsgruppen übertragen wer-	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						den können. Dass jedoch regelhaft die Aufgabe der Koordination umfassend an andere Berufsgruppen delegiert werden soll, wie es im Vorschlag des GKV-SV vorgesehen ist, entspricht einer Absenkung der Strukturqualität für eine besonders vulnerable Patientengruppe, die aus Sicht der BPTK fachlich nicht zu rechtfertigen ist.	eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Die Weisungsgebundenheit stellt dabei die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt sicher. Keine Änderung.
6	1 Nr. 1	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Einer zusätzlichen Einführung einer nichtärztlichen koordinierenden Person bedarf es nicht. Die Gesamtverantwortung hat der Bezugsarzt/-therapeut – die Koordination als nichtärztliche Leistung kann delegiert werden – enge Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern, die delegierbare Leistungen erbringen, vermindert Zeit- und Informationsverlust. Dies gilt sowohl für den Beginn der koordinierten Behandlung als auch für Veränderungen ... im Verlauf i... und die Beendigung der intensivierten Behandlung.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	1 Nr. 1	GKV-SV, PatV	09	DVSG	Vorschlag: <i>„1. eine nichtärztliche koordinierende Person, angebunden an die Praxis der Bezugärztin oder des Bezugarztes... Die koordinierende Person ist der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt weisungsgebunden.“</i>	Für die Gesamtkoordination ist fachlich mehr als ‚reine‘ Administration erforderlich. ...die Koordinationskompetenz (ist an der Stelle wichtig, nicht der Bezug zu einer Praxis. Die koordinierende Person ist nicht zwingend bei der Praxis eingebunden; sondern es geht darum, dass die Person geeignet ist und im Netzverbund beteiligt/organisiert ist.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Weisungsgebundenheit stellt die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt, die oder der den Gesamtbehandlungsplan erstellt, sicher. Keine Änderung. <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
6	1 Nr. 1	GKV-SV	09	DVSG	Ablehnung von Formulierung GKV-SV <i>„Die koordinierende Person ist der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt weisungsgebunden.“</i>	Die koordinierende Person ist nicht zwingend bei der Praxis eingebunden; sondern es geht darum, dass die Person geeignet ist und im Netzverbund beteiligt/organisiert ist.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Weisungsgebundenheit stellt die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt, die oder der den Gesamtbehandlungsplan erstellt, sicher. Keine Änderung.
6	1 Nr. 1	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Formulierung PatV <i>„oder Bezugspsychotherapeut*in“</i>		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	1 Nr. 1	GKV-SV, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV Ablehnung von Position GKV-SV	Die von der GKV-SV vorgeschlagene Weisungsgebundenheit ist unbedingt abzulehnen. Die in § 11 beschriebenen koordinierenden Tätigkeiten sind den behandlerischen Einzelmaßnahmen übergeordnete Tätigkeiten, die nicht in der Behandlungshierarchie einer Einzelmaßnahme oder eines einzelnen Leistungsanbieters zu verorten sind. Sie erfolgen immer aus der Sicht des Gesamtbehandlungsplans, unter Berücksichtigung der Teilhabepflicht nach SGB IX und ggfs. Weiterer Leistungen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Weisungsgebundenheit stellt die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt, die oder der den Gesamtbehandlungsplan erstellt, sicher. Keine Änderung.
6	1 Nr. 1	KBV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV	Diese Formulierung ermöglicht dem Netzwerk mehr Gestaltungsspielraum.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzwerkes. Da insbesondere schwer psychisch

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
6	1 Nr. 1	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Weisungsgebundenheit stellt die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt, die oder der den Gesamtbehandlungsplan erstellt, sicher. Keine Änderung.</p>
6	1 Nr.1	GKV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV und PatV	Die Koordination kann allenfalls im Delegationsverfahren durch eine nichtärztliche Kraft erfolgen, wenn der/die Bezugsarzt/Bezugärztin dieser Kraft weisungsbefugt ist. Es	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeu-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						geht nicht nur um Terminvergaben. Die Koordination der Versorgung erfolgt durch den/die Bezugsarzt/Bezugsärztin, eine Delegation von Teilen an andere Netzwerkteilnehmer sinnvoll und zielführend im Sinne der RL	tischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.
6	1 Nr.1	GKV, PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV	Koordinierende Aufgaben sollten diejenigen Leitungserbringenden übernehmen, die zum Betroffenen guten Kontakt haben sowie sein Umfeld und die regionalen Möglichkeiten sehr gut kennen. Eine explizite Weisungsgebundenheit an den/die Behandlungsführenden ist weder erforderlich noch sachdienlich, die Aufgaben ergeben sich aus dem für alle verbindlichen Gesamtbehandlungsplan und den multiprofessionellen Absprachen	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Weisungsgebundenheit stellt die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt, die oder der den Gesamtbehandlungsplan erstellt, sicher. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						und müssen darüber hinaus in der Durchführung vom Leistungserbringenden verantwortet werden.	
6	1 Nr. 1	KBV	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	1 Nr. 1	GKV-SV, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV	Die hier vorgeschlagene Formulierung bietet die Möglichkeit, dass koordinierende Personen an Arztpraxen oder Psychotherapiepraxen angebunden sind. Dieses Modell gibt es in ähnlicher Weise in den Niederlanden, das sehr erfolgreich praktiziert wird. Hier können Menschen aus unterschiedlichen Berufsgruppen mit einer entsprechenden Casemanagement-Ausbildung tätig werden.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	1 Nr. 2	GKV-SV, PatV	02	BPtK	Ablehnung der Position von GKV-SV, PatV	Für den Aufbau einer ambulanten Komplexbehandlung, die auch dazu dienen soll, stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, ist es ... erforderlich, die Koordination in der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu verankern. Dies gilt auch dann, wenn Patient*innen basierend auf Kooperationsverträgen Teile ihrer Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen erhalten...	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen und verfügen über ein multiprofessionelles Team; zudem besteht schon heute die Möglichkeit in psychiatrischen Institutsambulanzen, dass Patientinnen und Patienten durch nicht-ärztliches Personal gestützt werden. Aus diesem Grund sieht das Versorgungsmodell vor, dass die Koordination der Versorgung auch durch die psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgen kann, sofern diese auch die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes innehaben. Keine Änderung.
6	1 Nr. 2	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG („Keine Übernahme“)		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen und verfügen über ein multiprofessionelles Team; zudem besteht schon heute die Möglichkeit in psychiatrischen Institutsambulanzen, dass Patientinnen und Patienten durch nicht-ärztliches Personal gestützt werden. Aus diesem Grund sieht das Versorgungsmodell vor, dass die Koordination der Versorgung auch durch die psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgen kann, sofern diese auch die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes innehaben. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	1 Nr. 2	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	1 Nr. 2	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Weisungsgebundenheit stellt die enge Abstimmung zwischen der koordinierenden Person und der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt, die oder der den Gesamtbehandlungsplan erstellt, sicher. Keine Änderung.
6	1 Nr. 2	KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG („Keine Übernahme“)		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen und verfügen über ein multiprofessionelles Team; zudem besteht schon heute die Möglichkeit in psychiatrischen Institutsambulanzen, dass Patientinnen und Patienten durch nicht-ärztliches Personal gestützt werden. Aus diesem Grund sieht das Versorgungsmodell vor, dass die Koordination der Versorgung auch durch die psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgen kann, sofern diese auch die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes innehaben. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
6	1 Nr. 2	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Weisungsbundenheit stellt die enge Abstimmung zwischen der</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							koordinierenden Person und der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt, die oder der den Gesamtbehandlungsplan erstellt, sicher. Keine Änderung.
6	1 Nr.2	GKV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV und PatV	Wie mehrfach ausgeführt, bedarf es hierzu keinerlei Sonderregelungen (sh auch Kommentar zu § 3 Absatz 3 )	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulanten oder stationären Behandlungsmaßnahmen und verfügen über ein multiprofessionelles Team; zudem besteht schon heute die Möglichkeit in psychiatrischen Institutsambulanzen,

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							dass Patientinnen und Patienten durch nicht-ärztliches Personal gestützt werden. Aus diesem Grund sieht das Versorgungsmodell vor, dass die Koordination der Versorgung auch durch die psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgen kann, sofern diese auch die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes innehaben. Keine Änderung.
6	1 Nr. 2	KBV, DKG	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV und DKG „keine Übernahme“		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
6	1 Nr. 2	KBV, DKG	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV und DKG „keine Übernahme“		<b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in der Begründung zum Regelungsauftrag in § 92 Absatz 6b SGB V explizit den Einbezug der psychiatrischen Institutsambulanzen und gleichzeitig den Übergang zwischen dem ambulanten und stationären Sektor adressiert. Psychiatrische Institutsambulanzen verstehen sich als Bindeglied zwischen dem häuslichen Umfeld und den ambulan-
6	1 Nr. 2	KBV, DKG	53	VPKD	Zustimmung zu Position KBV, DKG („Keine Übernahme“)	Die Ambulanzen nach § 118 sind nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser RiLi geeignet (siehe auch Stellungnahme zu § 3 Abs. 3 und § 4 Abs. 4)	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							ten oder stationären Behandlungsmaßnahmen und verfügen über ein multiprofessionelles Team; zudem besteht schon heute die Möglichkeit in psychiatrischen Institutsambulanzen, dass Patientinnen und Patienten durch nicht-ärztliches Personal gestützt werden. Aus diesem Grund sieht das Versorgungsmodell vor, dass die Koordination der Versorgung auch durch die psychiatrischen Institutsambulanzen erfolgen kann, sofern diese auch die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes innehaben. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
6	1 Nr. 3	PatV	02	BPtK	Ablehnung von Position PatV	...der Vorschlag der PatV, mit § 6 Absatz 1 Nr. 3 zusätzlich die Übernahme der Koordination durch Ergo-, Soziotherapeut*in oder Pflegefachpersonen zu ermöglichen, wenn diese durch die Bezugärzt*in/-psychotherapeut*in	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						verordnet wird, entspricht aus Sicht der BPtK nicht den fachlichen Anforderungen, die für die Übernahme der Koordination erforderlich sind. Sachgerecht ist hingegen, dass bestimmte Teile der Koordinationsaufgaben ...von der Bezugärzt*in oder Bezugpsychotherapeut*in delegiert werden können.	
6	1 Nr. 3	GKV-SV, KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG („Keine Übernahme“)		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	5 Nr. 3	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	1 Nr. 3	GKV-SV, KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV, DKG („Keine Übernahme“)		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	1 Nr. 3	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	1 Nr. 3	PatV	37	BDK	Ablehnung von Position PatV	Es handelt sich eben nicht um Koordinationsaufgaben der anderen Leistungserbringer, offenbar handelt es sich hier um ein Missverständnis	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	1 Nr. 3	PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position PatV  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.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.



## § 6 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	2	KBV	02	BPtK	<p>Änderungsvorschlag ausgehend vom Regelungsvorschlag der KBV:  <i>„(2) Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen, diese sollten über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/ Psychotherapie/Neuro(psycho)logie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinische Fachangestellte,</li> <li>2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,</li> <li>3. Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen,</li> <li>4. Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege aufgrund eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen,</li> <li>5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</li> </ol>	<p>Um ein flächendeckendes fachgruppenübergreifendes Angebot der ambulanten Komplexversorgung zu ermöglichen, ist es ... erforderlich, dass je nach individueller Situation von Patient*innen auf einen breiten Personenkreis für die Übernahme von Teilen der Koordination zurückgegriffen werden kann. Es sollte daher ein entsprechend breit angelegtes Anforderungsprofil für diese Personen- und Berufsgruppen definiert werden....</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die vorgeschlagenen Berufsgruppen sind bereits in der Aufzählung enthalten. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 5 Absatz 2 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, 7. Pflegefachpersonen, 8. Psychologinnen und Psychologen, 9. Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter.“</i>		
6	2		05	VKD	Koordination (muss) nötigenfalls auch ohne ärztliche Kapazität möglich sein. Die geforderte Zusatzqualifikation für nicht-ärztliches Personal wird die personellen Möglichkeiten weiter einschränken und lässt zum Beispiel nicht zu, dass in einer solchen Konstruktion die Berufserfahrung erworben wird.	Die Hürden, die hier durch die geforderten Qualifikationen aufgebaut werden, können nur mit Schwierigkeiten überwunden werden. Insofern wird dadurch die Personalakquise erschwert bis unmöglich gemacht.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Versorgung nach dieser Richtlinie adressiert psychische Erkrankungen mit einem komplexen Behandlungsbedarf; die geforderte Zusatzqualifikation soll daher sicherstellen, dass Erfahrungen im Umgang mit diesem Indikationsspektrum vorhanden sind. Bei den unter Nummer 4-8 aufgeführten Berufsgruppen können entsprechende Erfahrungen nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden. Keine Änderung.
6	2		06	bpa	Der bpa unterstützt die Einbeziehung der genannten Berufsgruppen und die Vorgabe einer mind. zweijährigen Berufserfahrung.		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	2	KBV	07 13 19 20 24 25 52	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT IGPS	Zustimmung zu Position KBV	<p>Es ist nicht sinnvoll, nur Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie Pflegefachpersonen zuzulassen, die bereits einen Vertrag abgeschlossen haben.</p> <p><b>Alle außer IGPS:</b> Dies würde diesen Teil der Versorgung davon abhängig machen, ob in der Region überhaupt ein solches Vertragsangebot besteht. In Frage kommende Personen, die keinen Vertrag abgeschlossen haben, würden damit ausgeschlossen.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> In diesem Absatz werden die Qualifikationsvoraussetzungen für die Berufsgruppen festgelegt, die die Koordinationsfunktion übernehmen können. Da die Qualifikation der soziotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sehr heterogen geregelt ist, wird mit Hilfe der Eingrenzung auf diejenigen, die einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen haben, eine einheitliche Qualifikationsvorgabe für diese Gruppe angestrebt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
6	2	GKV, PatV; KBV, PatV	08	AWO	<p>Vorschlag: Koordination der Versorgung sollte ausgeübt werden können durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Medizinische Fachangestellte,</i></li> <li>- <i>zugelassene Ergotherapeutinnen und -therapeuten,</i></li> </ul>	<p>Bei Vorliegen einer einschlägigen Zusatzqualifikation oder einer einschlägigen zweijährigen Berufserfahrung ist unseres Erachtens gewährleistet, dass die genannten Berufs-</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und -erbringer,</i></li> <li>- <i>Leistungserbringerinnen und -erbringer psychiatrischer häuslicher Krankenpflege,</i></li> <li>- <i>Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen,</i></li> <li>- <i>Pflegefachpersonen sowie</i></li> <li>- <i>Psychologinnen und Psychologen sofern sie über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen.</i></li> </ul>	gruppen nicht nur Teile der Koordination übernehmen, sondern die gesamte Koordination der Versorgung entsprechend der Richtlinie sicherstellen können. Da wir fordern, dass die koordinierte Versorgung auch psychosomatische Behandlungsbedarfe abdecken muss, sollte die Vermittlung entsprechender Kenntnisse von der erforderlichen Zusatzqualifikation umfasst sein.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 5 Absatz 2 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
6	2	GKV-SV, PatV	09	DVSG	Zustimmung zu GKV-SV, PatV Der Koordinierungsfunktion für Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen in Abs. 2 Satz 5 und 6 wird ausdrücklich zugestimmt.	Die Navigations- und Koordinationskompetenz ist bei Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern vorhanden; deshalb sollte die Berufsgruppe hier als geeignet genannt werden.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2		11	BFLK	Die Übernahme der Koordination durch psychiatrische Pflegefachpersonen sollte möglich sein (z.B. wenn Krankenhaus den Bezugsarzt stellt)		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Pflegefachpersonen sind bereits in der Auflistung enthalten. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt, sofern es sich um ein Delegationsmodell handelt.
6	2	KBV, DKG	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Ergibt sich aus der präferierten Regelung zum Absatz 1	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Der Nachweis einer Zusatzqualifikation für die in den Nummern 4-8 genannten Berufsgruppen, stellt zudem sicher, dass diese Erfahrung im Um-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							gang mit psychischen Erkrankungen haben. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	2	KBV, PatV	21	Caritas	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG Vorschlag:</p> <p><i>„Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann an folgende Berufsgruppen erfolgen: [KBV: , diese sollten] über eine fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen,:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Medizinische Fachangestellte</i></li> <li>2. <i>Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V</i></li> <li>3. <i>[KBV/DKG: Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten, die die Voraussetzungen eines Vertrages zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V erfüllen]</i></li> <li>4. <i>[KBV/DKG; Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche</i></li> </ol>	<p>Es ist praxisgerecht, wenn Teile der Koordinationsaufgaben, z.B. solche, die nicht-ärztliche Tätigkeiten betreffen, auch von den im Netzwerk beteiligten Berufsgruppen übernommen werden können. Sie sollten idealerweise über eine Zusatzqualifikation im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich verfügen. Der Vorschlag von KBV/DKG wird daher unterstützt, allerdings erweitert um die Position der PatV, dass auch Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagoginnen, nicht auf psychiatrische Krankenpflege spezialisierte Pflegefachkräfte und Psychologinnen und Psychologen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die vorgeschlagenen Berufsgruppen sind bereits in der Aufzählung enthalten. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 5 Absatz 2 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Krankenpflege auf Grundlage eines Vertrages gemäß § 132a Absatz 4 SGB V erbringen]</p> <p><b>5. [PatV; Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,</b></p> <p><b>6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,</b></p> <p><b>7. Pflegefachpersonen,</b></p> <p><b>8. Psychologinnen und Psychologen.]</b></p>		
6	2	KBV, DKG	27	BApK	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG Vorschlag zur Ergänzung: „Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten kann <b>abweichend von § 3</b> an folgende Berufsgruppen erfolgen.“</p>	Vermeidung von Redundanzen	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Mehrwert der Änderung kann nicht nachvollzogen werden.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
6	2	KBV, PatV	27	BApK	<p>Zustimmung zu Position KBV, PatV Vorschlag: <del>„KBV; diese sollten</del> die über eine</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>fachspezifische Zusatzqualifikation im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik/ Psychotherapie oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:“</i>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 5 Absatz 2 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
6	2	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Die Koordination der Versorgung hat in erster Linie administrativen Charakter und ist deshalb nicht an einen bestimmten Beruf oder einer bestimmten Berufsgruppe geknüpft.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2	GKV-SV, PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position GKV-SV bzw. GKV-SV/PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2		33	bvvp	Vorschlag: ...die Berufsgruppe der <b>Heilpädagog*innen mit akademischem Abschluss</b> für die koordinierenden Aufgaben zuzulassen	Heilpädagog*innen sind in besonderer Weise für den Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen in der Teilhabe qualifiziert und können aus ihrer Expertise heraus sehr wertvolle Lösungsansätze entwickeln. Diese Berufsgruppe hat bereits im Rahmen	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung bezieht sich auf Kinder und Jugendliche; eine Übertragung auf Erwachsene, die im Rahmen dieser Versorgung behandelt werden, ist nicht offenkundig. Keine Änderung.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						der Sozialpsychiatrievereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Kompetenz unter Beweis gestellt, ebenso wie die Sozialarbeiter*innen / Sozialpädagoge*innen mit akademischem Abschluss ohne Zusatzqualifikation als Soziotherapeut*innen.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Eine Begründung ist der DKG nicht erinnerlich.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird nicht gefolgt. Es ist nicht ersichtlich, dass die Berufsgruppe der Heilpädagoge*innen, auch mit akademischem Abschluss, allein über das Studium über die hinreichende Qualifikation der differenzierten Kenntnisse über das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem verfügen.</p>
6	2		36	PIBB	Die Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung kann an Berufsgruppen erfolgen, die über eine fachspezifische Zusatzqualifikation in Psychosomatik/Psychotherapie oder einer zweijährigen Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen verfügen:	Die koordinierende und steuernde Praxis braucht für die Umsetzung der Zielsetzung dieser RL qualifizierte und <b>zugelassene</b> Leistungserbringer aus dem SGB V Bereich.	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>1. MFA sofern sie über eine fachspezifische Zusatzqualifikation oder Berufserfahrung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten verfügen</p> <p>2. zugelassene Leistungserbringer nach § 124 / § 132 a und b SGB V (Ergotherapeuten, Soziotherapeuten, psychiatrische häusliche Pflege).</p>		
6	2	GKV-SV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV und PatV	<p>Ergibt sich aus §6 Absatz 1</p> <p>Die Koordination der Versorgung erfolgt durch den/die Bezugsarzt/Bezugsärztin, eine Delegation von Teilen an andere Netzwerkteilnehmer sinnvoll und zielführend im Sinne der RL.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	2		40	DHS	In Abs. 2 wird die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch aufgeführte Berufsgruppen geregelt. Auch hier möchten wir auf die notwendige Interdisziplinarität hinweisen. Die Versorgung von Abhängigkeitskranken leisten auch Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Sozialpädagogen/-pädagoginnen, Suchttherapeuten und -therapeutinnen und ähnliche Berufsgruppen. Eine Übertragung von Teilen der Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten muss somit ebenfalls an diese Berufsgruppen erfolgen können.		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sind bereits in der Aufzählung enthalten.
6	2	GKV-SV, PatV	41	APK	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV	Sozialarbeiter/pädagog*innen (Laut GKV-SV/PatV) sollten als mögliche Berufsgruppe (z.B. aus der PIA heraus) für Koordinationstätigkeiten und Anschlussmöglichkeiten an den GPV hier erwähnt werden.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2	PatV	46	Dt. Alzheimer Gesellschaft	Zustimmung zu Position PatV	Bei der Koordination kommt es zwar auf eine qualifizierte Person an, die aber durchaus	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						unterschiedlichen Berufsgruppen angehören kann.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.
6	2		47	CBP	Ablehnung	siehe Begründung zu § 6 Abs. 1;	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Verantwortung für den Behandlungsprozess und somit für die therapeutischen Entscheidungen verbleibt bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. bei dem die Behandlung durchführenden Mitglied des Netzverbundes. Da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen, wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	2	KBV, PatV	54	MEG	Zustimmung zu Position KBV und PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2		55	DFPP	Die Fähigkeit zur Koordination ist aus Sicht der DFPP nicht mit einer spezifischen Berufsausübung verknüpft, alle Akteur*innen nach §3 kommen in Frage. Auf keinen Fall sollte Koordination nicht „in Teilen delegiert“ werden, sondern in einer Hand bleiben. Um gute Fachlichkeit zu gewährleisten ist die Vorgabe von 2 Jahren Berufserfahrung in der Zusammenarbeit mit dem Adressatenkreis sinnvoll. Weitere Vorgaben für die Qualifizierung (im Sinne von Skills) sollten geprüft werden.		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 1	DKG	15	DGVT	Ablehnung von Formulierung DKG	Die einfache Formulierung reicht aus, denn die Zusatzqualifikation wird im Vorspann geregelt.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 1		16	DGSP	Zustimmung	Die genannten Berufsgruppen sind für diese Aufgabe i. d. R. qualifiziert.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 1		22	BAG GPV	Ablehnung	Medizinische Fachangestellte sind hierfür nicht ausreichend qualifiziert.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Der Nachweis einer Zusatzqualifikation gewährleistet das Vorliegen von Kenntnissen im Umgang mit psychischen Erkrankungen, so dass auch durch medizinische Fachangestellte die Koordinationsfunktion übernommen werden kann. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
6	2 Nr. 1		32	DVGP	Ablehnung	<p>Medizinische Fachangestellte – auch nach z. B. zweijähriger Tätigkeit in einer Arztpraxis – werden als nicht geeignet für diese Aufgabe angesehen.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Koordinationsfunktion kann bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet werden, da insbesondere schwer psychisch Erkrankte neben der ärztlichen Leistung oftmals auch eine rein praktische Anleitung und Unterstützung benötigen. Der Nachweis einer Zusatzqualifikation gewährleistet das Vorliegen von Kenntnissen im Umgang mit psychischen Erkrankun-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							gen, so dass auch durch medizinische Fachangestellte die Koordinationsfunktion übernommen werden kann. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Medizinische Fachangestellte sind sowohl berufserfahren als auch unmittelbare Vertrauenspersonen psychisch Erkrankter und deshalb zur Übernahme delegierter Aufgaben geeignet.
6	2 Nr. 2		16	DGSP	Zustimmung	Die genannten Berufsgruppen sind für diese Aufgabe i. d. R. qualifiziert.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	2 Nr. 2		22	BAG GPV	Zustimmung		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	2 Nr. 2		27	BApK	Vorschlag: Streichung	Redundant	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
6	2 Nr. 3	KBV, DKG	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Vorschlag ist plausibler	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Bezeichnung „soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer“ orientiert sich an der Verwendung in der Soziotherapie-Richtlinie. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	2 Nr. 3	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Die genannten Berufsgruppen sind für diese Aufgabe i. d. R. qualifiziert.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	2 Nr. 3	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV (zu Leistungserbringern, nicht zu Einzelpersonen)		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	2 Nr. 3		27	BApK	Vorschlag: Streichung	Redundant	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Keine Änderung. <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
6	2 Nr. 3	GKV-SV, PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	...neben in der Regel vorhandene, zugelassene Leistungserbringer (würden) weitere treten– Gefahr der Schaffung regionaler Doppelstrukturen und Abtrennung der Koordination von der eigentlichen Leistung Soziotherapie.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 3	KBV, PatV	39	BDP	Soziotherapeutinnen und -therapeuten, welche über eine sehr gute fachliche Qualifikation verfügen, soll eine zentrale und auch koordinatorische Funktion zukommen. Regelmäßige aufsuchende Termine sind für Bezugs-behandelnde schwerer umsetzbar, da sie ihren Versorgungsauftrag noch erfüllen müssen.	Soziotherapeutinnen und -therapeuten, verfügen über eine sehr gute fachliche Qualifikation.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 4	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV	Die genannten Berufsgruppen sind für diese Aufgabe i. d. R. qualifiziert.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	2 Nr. 4	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV (zu Leistungserbringern, nicht zu Einzelpersonen)		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
6	2 Nr. 4		27	BApK	Vorschlag: Streichung	Redundant	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Keine Änderung. <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
6	2 Nr. 4	GKV-SV	32	DVGP	Zustimmung zu Position GKV-SV	Gleiche Begründung wie § 6 Absatz 2 Nr. 3	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
6	2 Nr. 4	PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
6	2 Nr. 5 - 8	GKV-SV, PatV	07 13 19 20	DPV BPM SpiZ BVDN	Ablehnung Formulierung GKV-SV, PatV	Die genannten Berufsgruppen verfügen nicht über Kenntnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit Menschen	<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			24 25	BVDP DGPT		mit psychischen Erkrankungen.... Dafür bedarf es ...spezifischer Weiterbildungen und Qualifikationen neben der und zusätzlich zur erworbenen Grundausbildung.	
6	2 Nr. 5 - 8	GKV, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	In Einzelfällen ist die Expertise der genannten Berufsgruppen wichtig und erforderlich	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 5 - 8	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Die genannten Berufsgruppen sind für diese Aufgabe i. d. R. qualifiziert.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 5 - 8	GKV, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 5 - 8	GKV, PatV	27	BAPK	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV Vorschlag: Neunummerierung (wg. Streichung § 6 Absatz 2 Nr. 2-4)		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 5 - 8	GKV-SV, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Sachgerechte Erweiterung	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
6	2 Nr. 5- 8	GKV-SV, PatV	52	IGPS	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§ 6 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	3	GKV-SV	02	BPtK	Ablehnung von Position GKV-SV	<p>Die Definition eines Mindestumfangs von 20 Stunden pro Woche... birgt die Gefahr, dass keine flexible Ausgestaltung der ambulanten Komplexversorgung entsprechend den Bedarfen von Patient*innen möglich ist. Insbesondere in Netzen mit einer kleineren Anzahl an teilnehmenden Leistungserbringer*innen wird es kaum möglich sein, alle Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen jeweils mit einem Mindestumfang von 20 Stunden pro Woche einzubeziehen...</p> <p>Darüber hinaus würde dieser Regelungsvorschlag des GKV-SV in Kombination mit dem Regelungsvorschlag zu § 6 Absatz 1 dazu führen, dass der Kreis der teilnahmeberechtigten Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen, die die Aufgabe als Bezugsärzt*in oder -psychotherapeut*in übernehmen können, massiv eingeschränkt wird. In der Folge würden sich die Netzverbände</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						auf absehbare Zeit nicht flächendeckend ...entwickeln könnten.	
6	3	GKV-SV	05	VKD	Ablehnung von Position GKV-SV Die Begrenzung auf 20 Stunden pro Woche und mindestens 40 Patient*innen pro Woche ist unrealistisch.		
6	3	GKV-SV	06	bpa	Ablehnung von Position GKV-SV Ablehnung Beschäftigungsumfang von 20 Wochenstunden für die koordinierende Person.	Statische Vorgaben zum Beschäftigungsumfang sollten nach Auffassung des bpa vermieden werden, da die Tätigkeit unterschiedlich beschaffen sein kann und vor dem Hintergrund der jeweiligen Auslastung und Bedarfslage zu erbringen ist. Bei der Refinanzierung ist der jeweilige Beschäftigungsumfang für die koordinierende Leistung entsprechend zu berücksichtigen.	
6	3	GKV-SV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Ablehnung von Position GKV-SV	Diese Regelungstiefe ist nicht erforderlich. Für die Gestaltung der Aufgaben in einem regionalen Netzwerk und im individuellen Versorgungsnetz für einen Patienten muss ausreichend Gestaltungsspielraum zur Verfü-	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>gung stehen. Starre Stundenangaben verhindern und erschweren die notwendige niedrigschwellige Ausgestaltung des Versorgungsnetzes. Die ...Koordinierungsverantwortung liegt bei dem Bezugsarzt oder Bezugstherapeuten des Patienten, der dafür Sorge tragen muss, dass auch genügend Koordinationsressourcen zur Verfügung stehen.</p>	
6	3	GKV-SV	15	DGVT	Zustimmung zu Position GKV-SV	<p>Die Beschreibung dieser beiden Grenzen (mindestens 20 Std. und höchstens 40 Patientinnen/Patienten) erhöht die Qualität der Arbeit.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Streichung des Absatzes auf Grund der Stellungnahmen</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Das Erfordernis einer gesondert für die Koordination eingestellten Person kann, muss sich aber nicht ergeben. Insofern wird der Regelungsvorschlag im Sinne einer umsetzbaren Versorgungsform abgelehnt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	3	GKV	22	BAG GPV	Ablehnung von Position GKV-SV	Die Tätigkeit der Fallkoordination wird im Einzelfall unter Berücksichtigung des Willens der Patient*innen festgelegt. Daher gibt es im Netzverbund keine abschließend festgelegten Personen, die ausschließlich diese Tätigkeit verrichten. Der Anteil der koordinierenden Tätigkeiten an der Gesamttätigkeiten einzelner Mitarbeiter*innen ist von daher irrelevant.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
6	3	GKV-SV	27	BApK	Ablehnung von Position GKV-SV („Keine Übernahme“)		
6	3	GKV-SV	31	SHV	Ablehnung von Position GKV-SV	Eine Vorgabe in Stunden für die Koordination der Versorgung im Netzverbund ist für zahlreiche Leistungserbringer im Netzverbund nicht sinnvoll, dies muss abhängig von der Ausgestaltung und Größe des jeweiligen Netzverbundes festgelegt werden.	
6	3	GKV-SV	32	DVGP	Ablehnung von Position GKV-SV	Diese Festlegung würde dazu führen, dass Koordination von anderen Leistungen abgetrennt würde, ggf. unnötige Vermehrung der Zahl der für	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						den einzelnen Patienten zuständigen Personen und unnötiger Ausschluss von bereits behandelnden Vertrauenspersonen	
6	3	GKV-SV	33	bvvp	Ablehnung von Position GKV-SV	Es muss offener bleiben als es der GKV fordert, wie das Netz, das Behandlungsteam, die einzelne Praxis, die organisatorische Koordination gestaltet. Die GKV-Forderung der Anstellung einer Halbtagskraft wird abgelehnt, denn dieses Kriterium steht einer breiten Teilnahme, die der bvvp als essentiell erachtet, im Weg, da sie für viele Praxen eine Hürde darstellen würde.	
6	3	GKV-SV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV	Dies ist eine nicht sinnvolle Überregulierung, die 20 Stunden wirken willkürlich und die Anzahl der Patienten ist abhängig vom sehr breit variierenden Koordinierungsbedarf.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „ <del>Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.</del> “



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
6	3	KBV, PatV	39	BDP	Alle Mitglieder des Netzwerkes betreffend sollte jeweils auf in die Behandlung bereits involvierte Leistungserbringende zurückgegriffen werden. Schwer Erkrankte sollen nicht „abgeschoben“ werden.	Siehe § 4, Abs 10	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt sofern die leistungsrechtlichen Voraussetzungen dies erlauben. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
6	3	GKV-SV	45	DGPPN	Ablehnung von Position GKV-SV		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Die koordinierende Person muss im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“
6	3	GKV-SV	48	DPtV	Ablehnung von Position GKV-SV  Die Festlegung von Umfang und zu koordinierender Patientenzahl lehnen wir ab.	Begründung siehe oben: § 6 Abs.1 (GKV-SV/PatV) Durch dieses Modell würden Großpraxen entstehen, die ihre Ressourcen ausschließlich für diese Art der Versorgung einsetzen müssten. Eine wohnortnahe Versorgung in der Fläche wäre so nicht zu erreichen.	<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
6	3	KBV, DKG, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV <i>„keine Übernahme“</i>		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Die koordinierende Person muss im

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie mindestens 20 Stunden pro Woche für die Koordinationsfunktion zur Verfügung stehen und darf nicht mehr als 40 Patientinnen oder Patienten gleichzeitig betreuen.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

**§ 7 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes**

**§ 7 Absatz 1**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1		05	VKD	...schon heute (ist) Krisenintervention, etc. durch die 24/7 Verfügbarkeit von fachärztlicher Kapazität der Fachkliniken und Fachabteilungen gewährleistet.		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Versorgung nach dieser Richtlinie adressiert nicht nur einen Sektor, sondern strebt insbesondere auch eine sektorenübergreifende Versorgung an. Bestandteil dieser Versorgung sind auch die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit ihrem Leistungsspektrum. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
7	1	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Formulierung KBV „...als Netzmitglieder oder Kooperationspartner“	<p><b>BPM, SpiZ, BVDN:</b> Die Formulierung dient der Verdeutlichung und dem Verständnis der beschriebenen Prozesse.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Voraussetzung der Teilnahme am Netzwerk beschreibt die Gruppe derjenigen, für die die nachfolgenden Regelungen gelten, ausreichend, so dass</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>auf eine weitere Konkretisierung verzichtet wird. Änderung in „Die am Netzverbund teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer <del>{GKV-SV: nach § 4 Absatz 3 und 4}</del> haben <del>{KBV: als Netzmitglieder oder Kooperationspartner}</del> durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass [...]“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
7	1		21	Caritas	<p>Vorschlag:  <i>„Die am Netzverbund teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer haben durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass</i>  <i>1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung erfolgt,</i></p>	<p>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 <i>Begründung</i> aufgenommen werden sollte, dass die Kommunikation barrierefrei erfolgen</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Stellungnahme wird grundsätzlich gefolgt. Ablehnung der Netzverbundkonferenzen, da diese nicht unmittelbar dem Zweck der Verbesserung der Krankenversorgung dienen. Keine Änderung.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>2. <i>[KBV/DKG/PatV: die Herstellung des Erstkontakts in der Eingangssprechstunde zum Netzverbund nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen)]</i></p> <p>3. <i>die Diagnostik und der Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes zeitnah erfolgen (nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2)</i></p> <p>4. <i>eine einheitliche Patientenkommunikation (gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation) gewährleistet ist,</i></p> <p>5. <i>eine [KBV/DKG: einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation] erfolgt</i></p> <p>6. <i>eine sichere elektronische Kommunikation innerhalb des Netzwerks gewährleistet ist,</i></p> <p>7. <i>eine [PatV: 24 stündige Erreichbarkeit] für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht</i></p> <p>8. <i>regelmäßig Netzverbundkonferenzen stattfinden.</i></p> <p>9. <i>patientenorientierte Fallbesprechungen [KBV: im</i></p>	<p>muss, ggf. unter Hinzunahme von Sprach- und Gebärdendolmetschern und in einfacher Sprache.</p> <p>Bezüglich der sicheren elektronischen Kommunikation weist der Deutsche Caritasverband darauf hin, dass noch nicht alle Leistungserbringer_innen im Netzwerkverbund an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, wie z.B. die ambulanten Pflegedienste, weil die gematik die technischen Voraussetzungen hierfür noch nicht bereitgestellt hat. In der <i>Begründung</i> ist darauf hinzuweisen bzw. zu verankern, sofern die jeweiligen Leistungserbringer an die TI angeschlossen sind.</p>	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 6 Absatz 1 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>Behandlungsteam] unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen 10. vereinbarte Qualitätsmanagementverfahren eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (bzw. Qualitätszirkel) erfolgt.“</i>		
7	1		22	BAG GPV	Im Wesentlichen Zustimmung. Einschränkungen: s.u.		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 - 3		30	SpiFa	Vieles ist überflüssig, wenn die 4 erforderlichen Behandlungskompetenzen (somatisch, pharmakologisch, psychotherapeutisch und sozialmedizinisch) an einem Ort angesiedelt sind....		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1	GKV-SV, PatV	35	ackpa	Vorschlag: <b>„In kontinuierlicher Auftragsklärung und Therapieprozessevaluation ist gemeinsam mit den Patient*innen und ihren Bezugspersonen zeitnah</b>	Der Paragraph ist in Gänze überreguliert. Mehr Administration wird zu weniger hilfreicher bedarfs- und bedürfnisorientierter konkreter Arbeit	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Gesamtbehandlungsplan wird in Abstimmung mit der Patientin oder

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>zum entstandenen Bedarf die Form der Zusammenarbeit zu vereinbaren und im Verlauf anzupassen.“</i>	führen und ist kontraproduktiv für Recovery und Empowerment dieser Patient*innengruppe. Siehe auch Tragende Gründe	dem Patienten erstellt, regelmäßig überprüft und ggf. angepasst. Im Gesamtbehandlungsplan können auch Vorgaben zur Zusammenarbeit getroffen werden; von weiteren Konkretisierungen wird daher abgesehen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Netzerfahrungen gezeigt haben, dass Eckpunkte der Zusammenarbeit klar festgehalten werden müssen - auch im Interesse einer späteren Evaluation der Richtlinie. <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 6 Absatz 1, § 8 und § 9 gefolgt. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
7	1		36	PIBB	Vorschlag: <i>„Die teilnehmenden Leistungserbringer im Versorgungsnetz sorgen</i>	Damit ein Netzverbund effektiv arbeiten kann, wird zwingend eine digitale Plattform o-	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><b>für den Aufbau einer geeigneten Organisations- und Infrastruktur, damit folgende Aufgaben des Netzverbundes gewährleistet sind:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Betroffene erhalten innerhalb von 7 Werktagen einen Präsenztermin für Diagnostik und Assessment durch einen Bezugstherapeuten.</b></li> <li><b>2. Es erfolgt eine Koordination berufs- und sektorenübergreifender Versorgung.</b></li> <li><b>3. Eine sichere und einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation vorzugsweise über eine elektronische Kommunikation wird unter Wahrung des Datenschutzes aufgebaut.</b></li> <li><b>4. Der Netzverbund organisiert einen Krisendienst, der in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder anderem geeigneten Kooperationspartnern erfolgen kann.</b></li> <li><b>5. Der Netzverbund organisiert regelmäßige Netzverbundkonferenzen, die u. a. der gemeinsamen Fortbildung oder der Fallbesprechung dienen und öffnet sich für andere thematisch ver-</b></li> </ol>	<p>der analog eine Geschäftsstelle benötigt, damit qualitätssichernde Standards kommuniziert und Informationen gebündelt und verteilt werden, Termine vereinbart werden und die Fortbildungen für die Netzteilnehmer koordiniert und vorbereitet werden.</p> <p>Zu 3) Dies wird voraussichtlich einfacher zu realisieren, wenn die EPA entwickelt ist. Zurzeit ist der Informationsaustausch nur auf das Notwendigste zu beschränken, da sehr sensible Daten erhoben werden.</p> <p>Zu 4) Vorhandene Strukturen sollten vernetzt werden; aus unserer Erfahrung können auch Pflegedienste in eine Berufsbereitschaft eingebunden werden, was von den Betroffenen kaum genutzt wurde!!</p> <p>Zu 5+6) Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass regelmäßige Treffen 1x/Quartal sinnvoll und realisierbar sind. Es kann</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 6 Absatz 1 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>wandte Organisationen (Angehörigen Verbände, Selbsthilfeorganisationen, andere psychosoziale Verbände)</i></p> <p><b>6. Der Netzverbund kann Qualitätszirkel organisieren nach den Vorgaben der KBV, um Qualitätsindikatoren weiter zu entwickeln</b></p> <p><b>7. Die Kommunikation und Behandlung kann über digitale Wege erfolgen nach Vorgabe des SGB V.</b></p> <p><b>8. Der Netzverbund kann sich an überregionalen Veranstaltungen beteiligen.</b></p> <p><b>9. Der Netzverbund kann berufsübergreifend gesundheitspolitische Akzente in Zusammenarbeit mit Berufsverbänden und Landesorganisationen setzen</b></p>	<p>zu Beginn der Netzarbeit eine höhere Frequenz der Treffen im Netzverbund erforderlich sein. Der Koordinierende Therapeut hält regelmäßigen Kontakt zur Patientin/zum Patienten und den unmittelbar an der Behandlung Beteiligten; dies kann mehr als 3x im Quartal erforderlich sein.</p> <p>Zu häufige Treffen im Netz sind sehr zeitaufwendig und könnten für interessierte Kooperationspartner eine Hemmschwelle sein, sich zu vernetzen!</p> <p>Ein Netzverbund lebt durch regionale Themen/Anforderungen an die Versorgung der schwer Erkrankten. Deshalb kann die Liste der Aufgaben sehr heterogen ausfallen und hängt auch von den vernetzten Akteuren ab.</p>	
7	1	alle	39	BDP	<p>Eine zügige Netzwerkzuordnung sowie eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation sind zu begrüßen, ebenso wäre es wünschenswert, wenn die „sichere elektroni-</p>		<p><b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>sche Kommunikation“ die Interoperabilitätskriterien für die TI und gängige PVS-Systeme erfüllt. Regelmäßige Netzverbundkonferenzen sind ebenso zu begrüßen wie regelmäßige Fallbesprechungen. Hierzu müssen entsprechende Leistungsziffern erarbeitet und auf zeitliche begrenzte Ressourcen geachtet werden. Für die Fallbesprechungen sind die Kriterien der KBV realistischer als die des GKV-Spitzenverbandes, sie sollten auch fernmündlich/virtuell durchführbar sein (sonst ist eine Frequenz alle 4-6 Wochen kaum zu leisten)</p>		
7	1		42	BV Soziotherapeuten	Ablehnung von Position GKV-SV und KBV		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da Netzerfahrungen gezeigt haben, dass Eckpunkte der Zusammenarbeit klar festgehalten werden müssen auch im Interesse einer späteren Evaluation der Richtlinie.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1		47	CBP	Erster Halbsatz: Zustimmung zu Position DKG, PatV	<p>Absatz gesamt: 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 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</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						hatte, die Behandlung aktiv mitzugestalten.	
7	1 Nr. 1		16	DGSP	Zustimmung		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 1		42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 1		47	CBP	Zustimmung		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	...ein schneller und unmittelbarer Zugang zur Versorgung ...sollte ...als zentrale Aufgabe des Netzverbundes in der Richtlinie verankert werden ... Zeitraum von in der Regel sieben Werktagen zwischen der Überweisung bzw. Empfehlung und dem Erstkontakt in der Eingangssprechstunde erscheint ...eine realistische Vorgabe...	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	05	VKD	<p>Ablehnung von Position KBV, DKG, PatV</p> <p>...Die 7-Tage Frist erscheint aus unserer Sicht nicht regelhaft erreichbar.</p>		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Versorgung nach dieser Richtlinie zielt auf die Verbesserung der Versorgung insbesondere für schwer psychisch Erkrankte. Diese Patientengruppe wird durch das bestehende Versorgungssystem häufig unvollständig oder überhaupt nicht erreicht, obwohl insbesondere bei den Betroffenen ein schneller Zugang in das Versorgungssystem wichtig ist. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da einer der wesentlichen Merkmale der Versorgung nach §93 6b SGBV die Verbesserung des Zugangs</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							zur Versorgung für insbesondere schwer psychisch Erkrankte darstellt.
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen zu organisieren ist ein entscheidender Vorteil der Versorgung innerhalb der Richtlinie gegenüber der Regelversorgung.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 2		08	AWO	Vorschlag:  <b>„Der Erstkontakt im Rahmen der Eingangssprechstunde zum Netzver-</b>	Für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf ist es wichtig,	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>bund nach Überweisung oder Empfehlung <b>sollte unbedingt</b> zeitnah <b>möglichst</b> innerhalb von sieben Werktagen <b>erfolgen.</b></i>	möglichst rasch Zugang zur koordinierten Versorgung zu erhalten. Deshalb sollte der Erstkontakt spätestens sieben Tage nach Überweisung bzw. nach Empfehlung Verbindliche Verabredungen zur Terminfindung erachten wir als eine zentrale Voraussetzung, um eine koordinierte Versorgung mit aufeinander abgestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen überhaupt etablieren zu können.	in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“ <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 6 Absatz 1 Nr. 2 gefolgt. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Diese zeitliche Befristung ist im Interesse der zu behandelnden Personen	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>(in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 2	GKV-SV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV („keine Übernahme“)		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	29	Diakonie - BeB	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung,</p> <p>dass zu Beginn durch eine Phase der Kontaktabahnung eine entsprechende Behandlungsbereitschaft ggf. erst aufgebaut bzw. durch motivierende Gespräche hergestellt wird.</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Ablehnung der Ergänzung. Die zentrale Aufgabe aller Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist es, auf die Patientin oder den Patienten einzugehen; der Vertrauensbildungsprozess ist bereits Bestandteil der Behandlung. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzwerk in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des Vorliegens</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Eine Spezifizierung des Begriffs „zeitnah“ ist für die Leistungserbringer hilfreich, um darauf auch ihr Praxisorganisation auszurichten.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, es erfolgt eine Übernahme in die Tragen den Gründe.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	33	bvvp	<p>Die Forderung nach einer Vermittlung in die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen ist eine hohe Hürde und bei in der Regel chronifizierten Patient*innen nicht erforderlich.</p> <p>Vorschlag:</p> <p><i>„die Herstellung des Erstkontakts in der Eingangssprechstunde zum Netzwerk nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von <del>sieben Werkta</del>gen 14 Tagen).“</i></p>	<p>Patient*innen geht es meistens schon deutlich besser, wenn sie erst einen Termin erhalten haben. Ein Zeitraum von 14 Tagen ist in aller Regel gut überbrückbar.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Versorgung nach dieser Richtlinie zielt auf die Verbesserung der Versorgung insbesondere für schwer psychisch Erkrankte. Diese Patientengruppe wird durch das bestehende Versorgungssystem häufig unvollständig oder überhaupt nicht erreicht, obwohl insbesondere bei den Betroffenen ein schneller Zugang in das Versorgungssystem wichtig ist. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da einer der wesentlichen Merkmale der Versorgung nach §92 6b SGBV die Verbesserung des Zugangs</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>zur Versorgung für insbesondere schwer psychisch Erkrankte darstellt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da ein zeitnaher Zugang für diese Patientengruppe gewährleistet werden muss. Da eine Formulierung „in der Regel“ aufgenommen wurde, kann in Ausnahmefällen davon abgewichen werden.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Sinnvolle Vorgabe	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	41	APK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	<p>Klare Regelungen erscheinen hier notwendig, auf Details soll nicht näher eingegangen werden. Die Sicherung von Datenschutzanliegen und eine hohe Autonomie der Patientinnen ist von zentraler Bedeutung. Bezüglich der Organisation der Netzwerke sollte eine gewisse Freiheit erhalten bleiben, da die regionalen Strukturen sehr unterschiedlich sein können. Die Verpflichtung der Benennung einer Netzverbundbeauftragten erscheint in diesem Zusammenhang nicht notwendig. Die Finanzierung einer solchen Funktion könnte die Patientenversorgung beeinträchtigen, und dadurch würde eine – vielleicht überflüssige – neue Infrastruktur geschaffen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); wobei in der Eingangssprechstunde mit der notwendigen Differentialdiagnostik insbesondere zur Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 zu beginnen ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 2	KBV, DKG, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		
7	1 Nr. 3	GKV, PatV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Ablehnung von Formulierung GKV-SV, PatV	<b>DPV, BPM, SpiZ, BVDN. DGPT:</b> In der Beschreibung des Behandlungspfades ist der Ablauf schon enthalten. <b>BVDP:</b> Der Ablauf innerhalb des Behandlungspfades enthält das bereits.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 3	GKV-SV	15	DGVT	Zustimmung zu Position GKV-SV Vorschlag: <i>„Nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2 <b>bin-</b>nen fünf Werktagen“</i>	Diese Einschränkung ist sinnvoll, die Überprüfung muss zeitnah erfolgen – hier sollte auch eine Frist formuliert werden	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>DKG:</b> Um einen zeitnahen Erstkontakt realistisch zu gewährleisten, wurde sich für einen Zeitraum von sieben Werktagen entschieden.
7	1 Nr. 3	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Formulierung PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1 Nr. 3	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Formulierung PatV. hier muss der Begriff Assessment verwendet werden		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 3	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Der Abschluss des Assessments nach §8 Absatz 6 inkludiert die von der GKV-SV geforderte Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach §2.	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 3	GKV-SV	47	CBP	Zustimmung zu Position GKV-SV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 4		16	DGSP	Zustimmung		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 4		47	CBP	Ergänzen, Vorschlag: „...Eine einheitliche und <b>barrierefreie</b> Patientenkommunikation...“		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Begriff „barrierefrei“ wird nicht unterstützt, da dieser nicht konkret genug ist; die damit verbundenen Inhalte, nämlich eine gemeinsame Entscheidungsfindung und unterstützte Kommunikation, ergeben sich aus dem Regelungstext bzw. den Tragen den Gründen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, es erfolgt eine Übernahme in die Tragen den Gründe.</p>
7	1 Nr. 5		03	BfDI	...ich (empfehle) die Ergänzung „unter Wahrung der datenschutzrechtlichen <b>sowie berufsrechtlichen</b> Vorgaben“.	...Bei der Formulierung „gemeinsame Dokumentation“ wird möglicherweise ... impliziert, dass es nur eine Dokumentation gibt, auf die alle zugreifen können. Ob dieses datenschutzkonform und nach den Vorgaben des Berufsrechts umsetzbar ist, ist zweifelhaft. Um Missverständnissen vorzubeugen, wäre eine Klarstellung im Hinblick auf die Dokumentationsstandards sinnvoll, dieses würde dann auch der übereinstimmenden Intention der beteiligten Stellen entsprechen.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „5. eine <del>gemeinsame</del> Dokumentation einheitliche Befunde- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt,“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 5	KBV, DKG	07 13 19 20	DPV BPM SpiZ BVDN	Zustimmung zu Position KBV, DKG		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „5. eine <del>gemeinsame</del> Dokumentation einheitliche Befunde-</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			24 25	BVDP DGPT			und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt, <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 5	KBV, DKG	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Da unterschiedliche Einrichtungen möglicherweise auch unterschiedliche Dokumentationssysteme haben, sollte eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation eingeführt werden, eine gemeinsame Dokumentation kann den Start und die Zusammenarbeit anfangs massiv erschweren	GKV-SV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „5. eine <del>gemeinsame</del> Dokumentation einheitliche Befunde- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt, <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
7	1 Nr. 5	DKG	15	DGVT	Zustimmung zu Position DKG	Die Wahrung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen muss in allen Fällen zwingend beachtet werden	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „5. eine <del>gemeinsame</del> Dokumentation einheitliche Befunde-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt,“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 5	GKV-SV, DKG	16	DGSP	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG</p> <p>Vorschlag:  <b>„Eine gemeinsame Dokumentation unter Wahrung des Datenschutzes“</b></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „5. eine <del>gemeinsame Dokumentation</del> einheitliche Befunde- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt,“</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da eine gemeinsame Dokumentation nur schwer</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							umzusetzen sein wird, stattdessen wird eine einheitliche Dokumentation vorgesehen.
7	1 Nr. 5	GKV-SV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV	Die Einheitlichkeit ergibt sich aus den späteren Qualitätsanforderungen und der Datenschutz ist durch die DSGVO gegeben.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 5	KBV, DKG	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation erleichtert allen Beteiligten die Zusammenarbeit und die Kommunikation. Das Führen einer gemeinsamen Dokumentation ist zwar erstrebenswert, allerdings sieht der SHV keine zeitnahe technische Lösung dafür.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „5. eine <del>gemeinsame Dokumentation</del> einheitliche Befunde- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt,“
7	1 Nr. 5	GKV-SV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV und PatV	Eine <i>gemeinsame</i> Dokumentation über die Sektoren hinweg ist sehr schwer umsetzbar. Wünschenswert ist eine <i>einheitliche</i> Befund- und Behandlungsdokumentation, orientiert an den Leitlinien	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 5	GKV-SV, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1 Nr. 6		03	BfDI	Diesbezüglich empfehle ich folgende Formulierung: <i>„eine den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes entsprechende elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes gewährleistet ist...“</i>		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „6. eine den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes entsprechende sichere elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes gewährleistet ist,“ <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird unter § 6 Absatz 3 gefolgt. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen
7	1 Nr. 6		16	DGSP	Zustimmung		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
7	1 Nr. 6		47	CBP	Zustimmung		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1 Nr. 7	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Diese Position ermöglicht die flexibelste Nutzung regionaler Gegebenheiten. Es wird keine Parallelstruktur aufgebaut...	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „7. eine <del>14 Stunden Erreichbarkeit zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen</del> mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht 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“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 7	GKV-SV	08	AWO	...wir (empfehlen) die Erreichbarkeit einer behandelnden Ansprechpartnerin bzw. eines behandelnden Ansprechpartners aus dem Netzverbund wenigstens zwischen 8 und 22	Nach unseren Erfahrungen kann die Erreichbarkeit einer behandelnden Ansprechpartnerin / eines behandelnden	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Uhr und mindestens in Form einer Rufbereitschaft.	Ansprechpartners in Krisensituationen den Verlauf der Krise häufig positiv beeinflussen. Wenn der organisatorische und personelle Aufwand für eine 24-Stunden-Rufbereitschaft ... nicht vertretbar erscheint, so ist wenigstens eine 14-stündige Erreichbarkeit zwischen 8 und 22 Uhr sicherzustellen.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Gesamtbehandlungsplan einen Kriseninterventionsplan, der auch Informationen darüber erhalten soll, welche Hilfen die Patientin oder der Patient im Krisenfall erhalten soll. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p>
7	1 Nr.7	KBV, DKG	09	DVSG	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Eine 24/7 – Erreichbarkeit ist zwingend erforderlich, da die Krisenintervention nicht ‚nur‘ telefonisch abgedeckt und erfüllt werden kann.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „7. eine <del>14-Stunden-Erreichbarkeit zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen</del> mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie beispielsweise ambulante psy-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>chirurgische Pflegedienste oder Krankenhäuser gewährleistet werden“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 7		16	DGSP	<p>Vorschlag:  <i>„24/7 – Bereitschaft, z. B. Berliner Krisendienst - getragen von Fachkräften“</i></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in <del>„7. eine 14-Stunden-Erreichbarkeit zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht 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“</del></p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich unter § 6 Absatz 1 Nr. 7 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>
7	1 Nr. 7	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV	Eine 24 Stunden Erreichbarkeit ist zwingend notwendig	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 7	KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit dem <b>niedrigschwelligen kommunalen Krisendienst</b>, ärztlichen Bereitschaftsdienst oder anderen geeigneten Kooperationspartnern erfolgen.“</i>	Die Vielfalt der Kontaktadressen sollte für die Betroffenen und die Angehörigen reduziert werden.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich unter § 6 Absatz 1 Nr. 7 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1 Nr. 7	GKV-SV, PatV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV, dass die Erreichbarkeit in Krisensituationen zu den Aufgaben des Netzverbundes gehört.	Ärztliche Bereitschaftsdienste und andere Krisendienste sind oftmals nicht mit Traumafolgestörungen vertraut. Die Organisation des Krisendienstes im Netzverbund erscheint an dieser Stelle sachgerechter, da dieser über Informationen zur Krankengeschichte einzelner Patient*innen verfügt und individuelle Hilfemaßnahmen einleiten kann. Somit können stationäre Aufenthalte vermieden werden. Zudem kann es für Betroffene die Hemmschwelle, sich in Ausnahmezuständen Hilfe zu suchen, senken, wenn sie wissen, wer die Hilfe leistet.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	1 Nr. 7	KBV, DKG	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Eine 14-Stunden bzw. 24-Stunden Rufbereitschaft durch den Netzverbund ist realistisch nicht umsetzbar, zumindest wenn ausschließlich ambulante Leistungsanbieter involviert sind. Daher sollte die Kooperation mit dafür geeigneten weiteren Partnern gesucht werden.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „7. eine 14-Stunden-Erreichbarkeit zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie beispielsweise ambulante psychiatrische Pflegedienste oder Krankenhäuser gewährleistet werden“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 7	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position PatV	Für diese Zielgruppe ist eine jederzeitige Erreichbarkeit des Verbundes zwingend erforderlich, sie kann durch dem Patienten fremde Institutionen oder Personen, die nicht zum Verbund gehören, nicht geleistet werden.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 7	GKV-SV	33	bvvp	Ablehnung Formulierung GKV-SV: Streichung der Erreichbarkeit	Eine Erreichbarkeit innerhalb von 14 bzw. 24 Stunden ist unrealistisch. Bei der Erbringung keiner anderen Leistung der ambulanten Versorgung wird dies gefordert. Für die Zeit ab 18 Uhr ist der Bereitschafts-	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „7. eine <del>14-Stunden-Erreichbarkeit</del> zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen –mindest-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						dienst zuständig. Die Erreichbarkeit kann über den ambulanten Notdienst und die Hotline 116 117 gesichert werden.	<p><del>tens in Form einer Rufbereitschaft besteht</del> 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“</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 7	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV	Da Krisensituationen rund um die Uhr auftreten können, muss eine entsprechende Erreichbarkeit gewährleistet sein.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
7	1 Nr. 7	GKV-SV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV und PatV	Eine Erreichbarkeit des Behandlungsteams für 14 oder gar 24 h/Tag ist nicht realistisch und würde das Versorgungsangebot nicht entstehen lassen.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „7. <del>eine 14-Stunden-Erreichbarkeit zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in</del></p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Krisensituationen — mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht 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“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, da die Erreichbarkeit auch über andere Dienste in Kooperation sichergestellt werden kann.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 7	PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position PatV	In den Verträgen gem. § 132a SGB V wird sowieso eine 24-Stunden Rufbereitschaft gefordert, somit ist sie von den Betroffenen auch abrufbar, wenn pHKP im Netzwerk vorhanden ist.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1 Nr. 7		41	APK	Entscheidend ist die Erreichbarkeit eines auf psychische Krisen spezialisierten Therapeuten. Die Erreichbarkeit des allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes reicht nicht aus.		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da eine 24/7 Erreichbarkeit eines Krisentherapeuten realistischere nicht flächendeckend gefordert werden kann.</p>
7	1 Nr. 7	KBV, DKG	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV, DKG Ablehnung von Position GKV-SV	Eine Erreichbarkeit des Behandlungsteams für 14 oder 24 Stunden am Tag ist nicht realistisch umsetzbar und würde eine große Hürde für die Entstehung von Netzverbänden bedeuten. Eine Sicherung der Krisenversorgung rund um die Uhr ist aber, wie von KBV und DKG vorgeschlagen, über Kooperationen mit anderen Einrichtungen und Diensten möglich.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „7. eine <del>14-Stunden-Erreichbarkeit zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen</del> mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie beispielsweise ambulante psy-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>chirurgische Pflegedienste oder Krankenhäuser gewährleistet werden“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 7	PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 7	KBV, DKG	48	DPtV	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG</p> <p>Der Vorschlag, in Krisenfällen die vorhandenen Strukturen zu nutzen, ist zu begrüßen.</p>	<p>Die Versorgung von insbesondere schwer erkrankten Patient*innen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie erfordert die Erreichbarkeit von qualifizierten Psychotherapeut*innen oder Fachärzt*innen in Krisensituationen.</p> <p>Diese wird regional unterschiedlich durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst oder andere kooperativ einzubeziehende Krisendienste gewährleistet.</p> <p>Psychiatrische und psychotherapeutische Praxen klären</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „7. eine <del>14-Stunden-Erreichbarkeit</del> zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen – mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht – Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie beispielsweise ambulante psy-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						diese Erreichbarkeit auch in der ambulanten Regelversorgung mit ihren Patient*innen.	chiatrische Pflegedienste oder Krankenhäuser gewährleistet werden“ <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 7	GKV-SV, PatV	48	DPtV	Ablehnung von Position GKV-SV und PatV  Die Einrichtung einer zusätzlichen Bereitschaft lehnen wir ab.	Das zusätzliche Angebot einer Erreichbarkeit in Krisensituation stellt eine Doppelstruktur da und würde die Netzverbände/Behandlungsteams/ Bezugsärzt*innen und -psychotherapeut*innen erheblich belasten. Diese Erreichbarkeit ist in der ambulanten Regelversorgung bereits etabliert.	GKV-SV: Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „7. eine <del>14-Stunden Erreichbarkeit zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen</del> mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht 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“

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 7	KBV, DKG	56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV und DKG Wir unterstützen 7. mit der notwendigen 24h Erreichbarkeit, die über NetzverbundteilnehmerInnen oder KooperationspartnerInnen (Krankenhäuser, Krisendienste) erreicht werden kann.		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „7. eine <del>14-Stunden-Erreichbarkeit</del> zwischen 8-22 Uhr für Patientinnen und Patienten in Krisensituationen – mindestens in Form einer Rufbereitschaft besteht 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“ <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 8	KBV, DKG	07 13	DPV BPM	Zustimmung zu Position KBV, DKG („keine Übernahme“)	...Textpassage ist überflüssig, da Netzstruktur mit dem Ziel	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			19 20 24 25	SpiZ BVDN BVDP DGPT		entsteht, zeitnahe und indikationsgerechte Versorgung zu ermöglichen.	Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
7	1 Nr. 8	GKV-SV, PatV	08	AWO	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Verbindliche Verabredungen zur Terminfindung ...als eine zentrale Voraussetzung, um eine koordinierte Versorgung mit aufeinander abgestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen überhaupt etablieren zu können.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 8	GKV-SV, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 8	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 8	KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 8	KBV, DKG	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG, keine Regelung zur Terminfindung festzulegen.	Die einzelnen Partner im Netzwerk halten ihre eigene Terminvergabe und damit verbunden eigene Öffnungszeiten und Anmeldeverfahren vor. Eine Bündelung der Terminvergabe durch das Netz-	<b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat mit dem Regelungsauftrag für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						werk greift zu sehr in die Organisation des einzelnen Leistungserbringers in seinem Betrieb ein.	gung gerade die Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung Beteiligten in den Fokus gerückt. Eine verbindliche Festlegung erscheint erforderlich, um beispielsweise erforderliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb des Netzverbundes zu gewährleisten. Keine Änderung.
7	1 Nr. 8	KBV, DKG	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG („keine Übernahme“)		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
7	1 Nr. 8	PatV, GKV	47	CBP	Zustimmung zu Position GKV und PatV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	01	BÄK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Nur durch regelmäßige Netzverbundkonferenzen ist eine koordinierte, berufsübergreifende Versorgung und die angemessene Einbindung aller Berufsgruppen möglich.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Ablehnung der Netzverbundkonferenzen, da diese nicht unmittelbar dem Zweck der Verbesserung der Krankenversorgung dienen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	...Ein regelmäßiger Austausch zwischen den an einem Netzwerk beteiligten Leistungserbringer*innen ist erforderlich, um über einen langfristigen	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Zeitraum eine gute Zusammenarbeit innerhalb eines multiprofessionellen Netzwerks zu gewährleisten	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Netzverbundkonferenzen haben sich bereits in der Praxis als essentiell erwiesen. ...Die Entwicklung eines Versorgungsnetzes soll flexibel durch die Nutzung der regionalen Gegebenheiten ermöglicht werden. ... Möglichkeit der Weiterentwicklung ... ist prozessbegleitend erforderlich. ...	
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	08	AWO	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Mittels Netzverbundkonferenzen kann die Zusammenarbeit im Verbund regelmäßig reflektiert und ggfs. nachjustiert und damit der Behandlungserfolg verbessert werden	
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1 Nr. 9	GKV-SV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Regelmäßige Netzwerkverbundtreffen unterstützen die Kommunikation und die Zusammenarbeit und ermöglicht auch schneller, Lösungen für evtl. auftretende Probleme in der Zusammenarbeit zu lösen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Ablehnung der Netzwerkverbundkonferenzen, da diese nicht unmittelbar dem Zweck der Verbesserung der Krankenversorgung dienen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	37	BDK	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV  Regelmäßige Netzwerkverbundkonferenzen sind zwingend notwendig	Nur so ist eine ernsthafte koordinierte und strukturierte Versorgung zu sichern.	
7	1 Nr. 9	GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV („keine Übernahme“)		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Für eine erfolgreiche Umsetzung einer berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgung sind regelmäßige Netzwerkverbundkonferenzen unabdingbar. KH soll beteiligt werden.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Ablehnung der Netzwerkverbundkonferenzen, da diese nicht unmittelbar dem Zweck der Verbesserung der Krankenversorgung dienen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV		<p>zung der Krankenversorgung dienen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
7	1 Nr. 9	KBV, DKG, PatV	56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	9.: Es müssen regelmäßige Netzverbundkonferenzen abgehalten werden sowie patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen (10.)	
7	1 Nr. 10	KBV, DKG, PatV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Patientenorientierte Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat fest vorzuschreiben, ...(GKV-SV). ist eine zu starre Regelung.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „10. patientenorientierte Fallbesprechungen auch unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Abständen (<del>mindestens einmal im Monat</del>) durchgeführt werden. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauf folgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 10		12	dgsp	Patientenorientierte Fallbesprechungen sollten in der Regel unter Beteiligung der Patientin/des Patienten erfolgen.	Die aktive Mitwirkung der Patientin/des Patienten soll gefördert werden, Ausnahmen sollten begründet werden.	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Da es sich um einen rein fachlichen Austausch zur Beratung der Behandlungsoptionen handelt, sollten die Patientinnen und Patienten nicht eingebunden werden; die Einbindung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einem nächsten Schritt auf Augenhöhe, nämlich bei der Festlegung des Gesamtbehandlungsplans. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.
7	1 Nr. 10	KBV, DKG, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird ge-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Diese Aufgabe ist mit der Ergänzung durch die PatV zielführender als die andere		folgt. Änderung in „10. patientenorientierte Fallbesprechungen <del>auch</del> unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Abständen ( <del>mindestens einmal im Monat</del> ) durchgeführt werden. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauf folgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.“ <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 10	KBV, DKG, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV Fallkonferenz während der Eingangssprechstunde favorisieren!		
7	1 Nr. 10	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		
7	1 Nr. 10	GKV-SV, PatV	28	UBSKM	UBSKM bittet darum, dass den Patient*innen in regelmäßigen Abständen eine Teilnahme an den Fallbesprechungen ermöglicht wird.	Siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 3.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Da es sich um einen rein fachlichen Austausch zur Beratung der Behandlungsoptionen handelt, sollten die Patientinnen und Patienten nicht eingebunden werden; die Einbindung der

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Patientinnen und Patienten erfolgt in einem nächsten Schritt auf Augenhöhe, nämlich bei der Festlegung des Gesamtbehandlungsplans. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
7	1 Nr. 10	KBV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV	<p>Eine mindestens zweimal im Quartal stattfindende Fallbesprechung sehen wir als zielführend an. Die „mindest“-Angabe lässt offen, dass darüber hinaus in besonderen Krisensituationen oder auch besonderen Behandlungsverläufen häufiger Fallbesprechungen einberufen werden können.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „10. patientenorientierte Fallbesprechungen auch unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Abständen (<del>mindestens einmal im Monat</del>) durchgeführt werden. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauf folgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>
7	1 Nr. 10	KBV, DKG, PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 10	GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 10	KBV, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV, PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„...durchgeführt werden. <b>Der Patient/die Patientin sind aktiv an der Behandlungsplanung zu beteiligen....“</b></i>		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in § 9 Absatz 1 gefolgt. <b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	1 Nr. 10	GKV-SV	56	DDPP	Zustimmung zu Position GKV-SV	9.: Es müssen regelmäßige Netzwerk-Konferenzen abgehalten werden <i>sowie patientenorientierte Fallbesprechungen unter Einbeziehung der beteiligten Berufsgruppen</i> (10.)	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Ablehnung der Netzwerk-Konferenzen, da diese nicht unmittelbar dem Zweck der Verbesserung der Krankenversorgung dienen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
7	1 Nr. 11		16	DGSP	Zustimmung		<p><b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p>
7	1 Nr. 11		29	Diakonie - BeB	Die Standardentwicklung ist eine wesentliche Aufgabe des GPV, dessen Teil der Netzverbund ist.		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
7	1 Nr. 11		42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
7	1 Nr. 11		47	CBP	Zustimmung		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	1 Nr. 12	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	<p>...Nur wenn es gelingt, Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ein intensiviertes multimodales Behandlungsangebot aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung heraus anzubieten, können die mit dieser Richtlinie verbundenen Ziele... tatsächlich erreicht werden. Der erhöhte psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungsbedarf dieser Patientengruppe wird regelhaft nicht allein durch bereits bestehende Leistungen der ambulanten Versorgung adressiert werden können. Aus Sicht der BPtK ist es daher zentral, mithilfe dieser Richtlinie ein intensiviertes Behandlungsangebot zu schaffen, das regelhaft den Einbezug verschiedener Leistungserbringer*innen vorsieht.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> In § 8 „Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung“ wird geregelt, dass für die Versorgung nach dieser Richtlinie die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen sowie die in Anlage 1 definierten Leistungen zur Verfügung stehen; der Hinweis auf die Versorgungsleistungen ist an dieser Stelle daher entbehrlich. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	1 Nr. 12	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV		
7	1 Nr. 12	KBV	16	DGSP	Ablehnung von Position KBV		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 12	GKV-SV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG, PatV („keine Übernahme“)		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 12	KBV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV	...die Ausformulierung und Auflistung der Leistungen durch die Verbundpartner (ermöglicht) eine Klarstellung: für die Leistungserbringer selbst, für die Bezugärzt:innen und die Bezugspsychotherapeut:innen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> In § 8 „Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung“ wird geregelt, dass für die Versorgung nach dieser Richtlinie die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen sowie die in Anlage 1 definierten Leistungen zur Verfügung stehen; der Hinweis auf die Versorgungsleistungen ist an dieser Stelle daher entbehrlich. Keine Änderung.
7 u n d A n- la	1 Nr. 12	GKV-SV, KBV, DKG	37	BDK	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Hier zusätzliche Leistungsmodule zu definieren, ist nicht sinnvoll. Es sei denn, es geht um Behandlungsmaßnahmen, die über das SGB V hinausgehen, dies ist aber nicht vorgesehen. Auch aus der Anlage geht dies nicht hervor.	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
g e							<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.
7	1 Nr. 12	GKV-SV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG, PatV „keine Übernahme“		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	1 Nr. 12	GKV-SV, DKG, PatV	53	VPKD	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG, PatV „keine Übernahme“	Der bürokratische Aufwand zur Überwachung der Umsetzung der Regelungen nach Anlage 1 erscheint zu hoch.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§ 7 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	2		03	BfDI	<p>...ich (empfehle) folgende Ergänzung:</p> <p><i>(2) Zur Sicherstellung des Informationsaustausches zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen <b>und berufsrechtlichen Bestimmungen zeitnah deren Nutzung durch alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer ermöglicht.</b></i></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Zur Sicherstellung des Informationsaustausches zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern ist durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur Sorge zu tragen, dass eine Befund- und Behandlungsdokumentation vorliegt, die unter Wahrung der datenschutzrechtlichen <b>und berufsrechtlichen Bestimmungen zeitnah deren Nutzung durch alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer ermöglicht.“</b></p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird in § 6 Absatz 3 gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	2		16	DGSP	Zustimmung		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	2		22	BAG GPV	Zustimmung		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	2	PatV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position PatV in TG, dass die elektronische Patientenakte nur mit Zustimmung der*des Patient*in verwendet werden darf... auch die Weitergabe von Informationen unter den Leistungserbringern*innen (bedarf ) der informierten Einwilligung der*des Patient*in.	Siehe Stellungnahme und Begründung zu §1 Abs. 3.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	2	alle	39	BDP	Bei der Praktizierung einer Netzwerk-Sprechstunde und Überweisung an Netzwerkmitglieder soll kein genereller Behandlerwechsel erfolgen. Es muss sichergestellt werden, dass bereits Behandelnde die Netzwerkbehandlung maßgeblich fortführen	Siehe §4 Abs 10	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	2		42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

## § 7 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	3	KBV, DKG	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Diese Position enthält die in der vertragsärztlichen Versorgung vorgehaltenen ...Strukturelemente.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	3	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Beachtung der Erfahrungen mit digitalen Medien während der Corona Pandemie. Nicht alle Pat. sind offen für diesen Ansatz oder haben die Möglichkeit – darf kein Ausschlusskriterium sein	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	3	KBV, DKG	21	Caritas	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Für eine zeitnahe und niedrigschwellige Kommunikation mit den Behandelnden müssen auch sichere digitale Medien nutzbar sein (Videosprechstunde). ....Die Formulierung sollte so offen erfolgen, dass die Weiterentwicklungen der technikgestützten Kommunikationsformen jederzeit integriert werden kann.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	3	GKV-SV, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	Mit Einschränkungen	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	3	KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Beratung/Behandlung auf digitalem Weg wird hier nicht durch Vorgaben des SGBV limitiert.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	3	KBV, DKG	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG	Beratung/Behandlung auf digitalem Weg wird hier nicht durch Vorgaben des SGBV limitiert.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	3	KBV, DKG	38	BAPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	3	alle	39	BDP	Telefonische und videogestützte Kommunikation soll natürlich möglich sein; auch kann eine Unterstützung durch DiGAs erfolgen, aber nur	Verschiedene Kontaktmedien erhöhen die Flexibilität; DiGas können Therapien unterstützen	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					solange der persönliche Kontakt als Regelfall gewährleistet ist.	zen. Beides ersetzt den persönlichen Behandelnden – Patient*innenkontakt aber nicht.	
7	3	KBV, DKG	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV und DKG	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.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

## § 7 Absatz 4

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	4	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	Erfahrungen aus Projekten zur multiprofessionellen vernetzten Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zeigen, dass die Unterstützung eines Netzverbundes durch eine Netzverbundbeauftragte* wesentlich dazu beitragen kann, die Kommunikation im Verbund sowie die Abstimmung einzelner Behandlungsangebote zu verbessern...	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
7	4	KBV, PatV	06	bpa	Zustimmung zu Position KBV und PatV	Es bedarf eines entsprechenden Engagements, um die (umfassende) Versorgung weiterzuentwickeln und zu verbessern.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
7	4	KBV	07 13 19 20 24 25	DPV BPM SpiZ BVDN BVDP DGPT	Zustimmung zu Position KBV	s. Begründung zu § 1 Absatz 3.4 Vorerfahrungen zur Koordination von Netzverbänden von Organisationen im Rahmen von Selektivverträgen oder durch den Innovationsfond geförderten Versorgungspro-	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						jekten sollen vorrangig einbezogen werden. Eine digitale Plattform über die KBV/Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erleichtert die Prozesse.	
7	4	KBV	14	VAKJP	Im Wesentlichen Zustimmung zu Position KBV Vorschlag zur Ergänzung: Zur Erreichbarkeit schlägt die VAKJP die Praxiszeiten der Behandler und darüber hinaus den ärztlichen Bereitschaftsdienst unter Tel.: 116 117 vor.		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Regelungen zur konkreten Ausgestaltung der Erreichbarkeit obliegen den Vereinbarungen des Netzverbundes.
7	4	KBV, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, PatV Vorschlag: Das Wort „kann“ in Satz 2 des KBV/PatV-Vorschlages ist durch das Wort „ <b>muss</b> “ zu ersetzen.	Es erscheint zwingend erforderlich zu sein, dass der Netzwerk eine Koordination benötigt und damit eine Person, die diese Aufgabe erledigt.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.
7	4	KBV, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Formulierung KBV „Aufgaben ... sind insbesondere“	Die Formulierung sollte möglichst verbindlich sein.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
7	4	KBV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV, PatV Aufzählung sollte nicht abschließend sein	Die Position der Koordinator*in des Netzverbundes erscheint notwendig, da ansonsten Kapazitäten aus der Arbeit mit Pat. zweckentfremdet werden. Netzwerk muss so „Außenvertretung“ wahrnehmen können.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
7	4	KBV, PatV	21	Caritas	Zustimmung zu Position KBV, PatV Zustimmung zu Formulierung KBV <i>„Eine entsprechende digitale Plattform wird durch die zuständigen Kassenärztliche Vereinigung zur Verfügung gestellt.“</i>	Neben der Funktion des Bezugsarztes/der Bezugärztin bzw. -psychotherapeutin sollte es die Funktion einer Netzwerkbeauftragten geben, die das therapeutische Angebot abseits des individuellen Behandlungsfalls koordiniert. ... 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 Versorgungsangebo-	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						ten – auch außerhalb des engeren SGB V-Bereichs. Eine weitere Funktion könnte darin bestehen, das Angebot des Netzwerkverbands in der Öffentlichkeit bekannt zu machen.	
7	4	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV	Die Funktion der Netzwerkverbundbeauftragten kann lediglich als Option gedacht werden. Die Verbände müssen sich vor Ort nach regionalen Gegebenheiten organisieren	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	4	KBV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, PatV: Vorschlag: <i>„Die Koordination des Netzwerkverbundes <del>erfolgt</del> [PatV: kann erfolgen] durch eine Netzwerkverbundbeauftragte oder einen Netzwerkverbundbeauftragten. ... Aufgaben der oder des Netzwerkverbundbeauftragten [KBV: sind] <del>[PatV: können]</del> insbesondere <del>[PatV sein]</del> 1. ... 5. die [KBV: Förderung der] <del>[PatV: Ermöglichung von]</del> Kooperationen</i>		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>mit den in § 4 Abs.5 genannten Akteuren und thematisch verwandten Akteuren,...</i>		
7	4	KBV, PatV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position KBV, PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„Zu den Aufgaben der*des Netzwerkbundbeauftragten gehört die <b>verpflichtende, ausführliche Aufklärung der Patient*innen über externe Beschwerdesysteme im Rahmen der Versorgung allgemein und des konkreten Netzverbundes.</b> Bei der Arbeit im Netzwerkverbund ist hierbei zu klären, welche externen Beschwerdestellen zuständig sind. Dies betrifft insbesondere Fälle in denen beispielsweise Entscheidungen im Netzwerkverbund getroffen wurden, dem*der Patient*in jedoch nicht deutlich ist, wer die Verantwortung dafür trägt.“</i>	Bei Machtmissbrauch und Gewalt gegenüber den Patient*innen in der Versorgung nach dieser Richtlinie müssen externe Beschwerdestellen existieren und den Patient*innen bekannt sein. Diese Beschwerdestellen sollten die Patient*innen beraten und Unterstützung beim Umgang mit den Folgen von Fehlentscheidungen oder Machtmissbrauch bieten.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.
7	4		29	Diakonie - BeB	Die Koordination des Netzwerkverbundes sollte über das Steuerungsgremium des GPV – wo vorhanden – erfolgen	Die Koordination des Netzwerkverbundes bezieht ihre Legitimation durch die Gremien des GPV und dem dort formulierten Anspruch, allen psychisch erkrankten Menschen in einer Region – unabhängig von Art, Dauer und Schwere der Erkrankung - ein Behandlungs-	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						oder anderes Unterstützungsangebot zu unterbreiten.	
7	4		30	SpiFa	Die Forderung nach einem Netzverbundbeauftragen mit Marketing-Funktion belegt die anbieterorientierte Intention, hier möglichst große Marktanteile in die Richtlinie zu ziehen. Neben vielzähligen inhaltlichen Problemen ist hier ganz besonders die finanzielle Ausstattung und die Folgen der Richtlinie auf die Regelversorgung vorab abzuklären. Ggf. ist der Gesetzgeber als Initiator hier in der Pflicht, zusätzliche Mittel bereitzustellen, auch aus Steuergeldern, da auch Institutionen und Akteure aus Regelungen anderer Sozialgesetzbücher an den Regelungsbe- reich des SGB V angeschlossen werden.		<p><b>GKV-SV, DGK, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten erfolgt zwar aus einer hohen, inhärent an der Versorgung orientierten Motivation heraus, ist aber für sich genommen nicht hinreichend für eine funktionierende Verbundstruktur weswegen die Funktion einer beauftragten Person zur Koordination des Netzverbundes essenziell für die angestrebte Versorgungsverbesserung ist.</p>
7	4	KBV; PatV	32	DVGP	Ablehnung von Position KBV, PatV	Unnötige Vorschrift, die nicht für alle Verbände zweckmäßig sein dürfte; soweit Verbände eine solche Aufgabe vergeben wollen, ist dies auch ohne eine Regelung in der Richtlinie möglich.	<p><b>GKV-SV, DKV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	4	KBV, PatV	33	bvvp	Ablehnung von Formulierung KBV, PatV: <del>„... Diese oder dieser kann Mitglied des Netzverbundes sein. ...“</del>	Der „Netzverbundbeauftragte“ sollte ein KV-Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin sein mit der nötigen Organisationskompetenz im Bereich digitale Verwaltung und mit besonderem Blick auf die persönliche Vernetzung. Eine einzelne Praxis bzw. ein einzelnes Mitglied des Netzes übernimmt sich mit der Netzverbundbeauftragung.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da sowohl die Akzeptanz als auch die Vertrautheit mit der Versorgungssituation durch externe Beauftragte erfahrungsgemäß nicht vorausgesetzt werden können.
7	4	KBV, PatV	37	BDK	Ablehnung Position KBV und PatV	Die Etablierung eines Netzwerkbeauftragten ist nicht erforderlich, Netzwerken ist elementare Aufgabe von allen Leistungserbringern.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten erfolgt zwar aus einer hohen, inhärent an der Versorgung orientierten Motivation heraus, ist aber für sich genommen nicht hinreichend für eine funktionierende Verbundstruktur weswegen die Funktion einer beauftragten Person zur Koordination des

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Netzverbundes essenziell für die angestrebte Versorgungsverbesserung ist.
7	4	alle	39	BDP	Verständliche und geeignete Kommunikationshilfen für Erkrankte (z.B. Informationsunterlagen oder ein schriftlicher Krisenplan) sind zweckmäßig.		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	4		42	BV Soziotherapeuten	Vorschlag: <i>„Die Koordination des Netzverbundes erfolgt auf der Grundlage der im Netzwerkvertrag getroffenen Vereinbarungen.“</i>		<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	4	PatV	46	Dt. Alzheimer Gesellschaft	Zustimmung zu Position PatV	Je nach Größe kann ein Netz durch einen Netzverbundbeauftragten gestärkt werden. Dies sollte aber als „kann“-Bestimmung formuliert sein, um einerseits die Möglichkeit zu eröffnen, aber auf der anderen Seite keine unnötigen Posten zu schaffen, wo sie nicht nötig sind.	<b>alle:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.
7	4	KBV, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV und PatV	Neben der Funktion des Bezugsarztes/der Bezugärztin bzw. -psychotherapeutin sollte es die Funktion einer	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>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 Netzwerkverbunds in der Öffentlichkeit bekannt zu machen.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
7	4	KBV, PatV	48	DptV	<p>Zustimmung zu Position KBV und PatV</p> <p>Die Etablierung einer Netzbeauftragten/ eines Netzbeauftragten ist zu begrüßen.</p>	<p>Der Netzwerkverbund ist durch eine Netzbeauftragte/einen Netzbeauftragten zu unterstützen. Dieser übernimmt die Behandlungsteam übergreifende Koordination des Netzes und stellt Angebote im</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Netz (z.B. Gruppenpsychotherapien), Netzstrukturen und Kooperationen (z.B. Netzwerktreffen, Qualitätszirkel) sicher. Die Behandlungsteams werden in den organisatorischen Aufgaben entlastet und durch die regionale Verbundarbeit ergänzt.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
7	4	GKV-SV, DKG	53	VPKD	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG „keine Übernahme“	Die Einrichtung von Netzverbundbeauftragten erscheint in keinem angemessenen Kosten-/Nutzenverhältnis. Sie würde Doppelstrukturen schaffen und die bürokratische Last der Leistungserbringer erhöhen. Entsprechende Strukturen zur Übernahme der von der KBV vorgeschlagenen Funktionen werden in § 6 Abs. 1 bereits geschaffen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten erfolgt zwar aus einer hohen, inhärent an der Versorgung orientierten Motivation heraus, ist aber für sich genommen nicht hinreichend für eine funktionierende Verbundstruktur weswegen die Funktion einer beauftragten Person zur Koordination des Netzverbundes essenziell für die angestrebte Versorgungsverbesserung ist.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
7	4	KBV, PatV	56	DDPP	Die Koordination kann dann erfolgen, wenn die Arbeit der feldkompetenten NetzverbundteilnehmerInnen am/an der PatientIn dadurch verbessert wird. Die Koordinationsaufgaben wie in §6 beschrieben müssen innerhalb der NetzverbundteilnehmerInnen bleiben.	Bei größeren Netzverbänden ist eine solche Koordination sicherlich hilfreich. Sie darf auf keinen Fall die patientenbezogene Koordination betreffen, die ihrerseits von feldkompetentem NetzverbundteilnehmerInnen geleistet wird.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Keine Änderung. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

**C. Patientenversorgung**

**§ 8 Zugang**

**§ 8 Absatz 1**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	1	KBV, DKG, PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Um eine Versorgung nach dieser Richtlinie beginnen zu können, muss ein einfacher und niedrigschwelliger Zugang zum Netzverbund sichergestellt werden... Um den Zugang so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten, spricht sich die BPtK dafür aus, dass der Erstkontakt zum Netzverbund über <i>alle</i> unter § 3 genannten Leistungserbringer*innen erfolgen kann. Erst für das Durchführen der Eingangssprechstunde ist eine Qualifikation nach § 3 Absatz 1 Nr. 1 bis 5 und damit eine Einschränkung auf ärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringer*innen erforderlich (vgl. § 9).	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Änderung in „Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf <b>der Überweisung oder</b> der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringerin oder einem <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzverbunds ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Falls noch kein direkter Kontakt zwischen Patient*in und Leistungserbringer*innen des Netzverbands besteht, sollte es zum anderen möglich sein, dass externe Leistungserbringer*innen eine Empfehlung für die Versorgung im Netzverbund aussprechen. Aus Sicht der BPtK besteht jedoch kein Grund, warum hier nicht auch auf das bewährte Steuerungsinstrument der Überweisung zugegriffen werden können soll. Die konkreten Leistungserbringer*innen, die befugt sind, eine Überweisung oder Empfehlung zur Versorgung auszusprechen, sind in § 8 Absätze 2 und 3 definiert.	
8	1		07	DPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV.	<b>Alle:</b> Der Zugang sollte in der Regel per Überweisung erfolgen, aber auch	
			13	BPM			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		KBV, DKG, PatV	19	SpiZ	Ablehnung der Position GKV-SV	<p>durch eine Empfehlung möglich sein.</p> <p><b>DPV, BPM, SpiZ, BVDN, DGPT:</b> Niedrigschwelligkeit ist insbesondere beim Zugang zu dieser Versorgung von Bedeutung, da krankheitsbedingt, wie schon vielfach beschrieben, insbesondere der hier genannten Patientengruppe Zugang zu indikationsgerechter Versorgung erschwert ist. Deswegen entsteht diese Richtlinie.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p>Änderung in „Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf <b>der Überweisung oder</b> der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringerin oder einem <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzverbands ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
	24		BVDN				
	25		DGPT				
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	1		16	DGSP	Zustimmung		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	1	KBV, DKG, PatV	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	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.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf <b>der Überweisung oder</b> der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringerin oder einem <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzverbands ist.“

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
8	1	KBV, DKG, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf <b>der Überweisung oder</b> der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringerin oder einem <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzverbands ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	1	GKV-SV	22	BAG GPV	Ablehnung der Position GKV-SV	Eine Reduzierung auf ärztliche oder psychotherapeutische Leistungserbringer*innen ist an dieser Stelle nicht sinnvoll.	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Änderung in „Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf <b>der Überweisung oder</b> der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringerin oder einem <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzverbands ist.“</p> <p><b>KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
8	1	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
8	1	KBV, DKG, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Es gibt aus unserer Sicht keine Begründung dafür, die Möglichkeit einer	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Die Versorgung nach dieser

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Überweisung auszuschließen. Im Gegenteil sollte für die Versicherten der Zugang zu den Leistungen des Netzwerkverbundes auf mehreren Wegen ermöglicht werden.	<p>Richtlinie bedarf <b>der Überweisung oder</b> der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringerin oder einem <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzwerkverbunds ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
8	1	GKV-SV, KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	<p>Vorschlag:</p> <p>(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf <del>[KBV/DKG/PatV: der Überweisung oder]</del> der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer <del>[GKV-SV: ärztlichen oder psychotherapeutischen]</del> Leistungserbringerin oder einem <del>[GKV-SV: ärztlichen oder psychotherapeutischen]</del> Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzwerkverbunds ist.</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf <b>der Überweisung oder</b> der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringerin oder einem <del>ärztlichen oder</del></p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><del>psychotherapeutischen</del> Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzverbands ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da auch das Instrument der Überweisung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nutzbar gemacht werden soll.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Der Streichung der optionalen Vorlage einer Überweisung wird nicht gefolgt, da keine Begründung für die Streichung vorgelegt wird.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
8	1		47	CBP	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Die Absenkung der Hürden für den Zugang der hier betroffenen Patientengruppe ist eine wesentliche Voraussetzung	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Die Versorgung nach dieser

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>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.</p>	<p>Richtlinie bedarf <b>der Überweisung oder</b> der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einer <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringerin oder einem <del>ärztlichen oder psychotherapeutischen</del> Leistungserbringer nach § 3 erfolgt ist, die oder der Teil des Netzverbands ist.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§ 8 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	2	GKV-SV, DKG	01	BÄK	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV und DKG</p> <p>Vorschlag:                      Hier wäre als Ergänzung sinnvoll, daneben auch <i>weitere Fachärztinnen und -ärzte zuzulassen, wenn diese über eine anerkannte Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung verfügen.</i></p>	<p>Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie sollen die in § 2 Absatz 2 und 3 genannten Patientinnen und Patienten haben. Es sollen insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in die Richtlinienversorgung eingeschlossen werden. Es ist daher sinnvoll, dass die Zuweisung möglichst durch Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgt, die im Rahmen ihrer Tätigkeit häufig mit solchen Patientinnen und Patienten in Kontakt kommen bzw. die aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung mit den entsprechenden Krankheitsbildern vertraut sind.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die psychosomatische Grundversorgung ist eine Weiterbildung, die nicht vergleichbar ist, mit den Kompetenzen der hier aufgezählten Fachärztinnen und Fachärzte.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Es werden alles an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte so-wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgesehen.</p>
8	2	KBV	02	BPtK	<p>Zustimmung zu Position KBV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:  <i>„...2. Sozialpsychiatrische Dienste,                      3. Psychosoziale Beratungsstellen.“</i></p>	<p>...Zugang zur Versorgung so niederschwellig wie möglich....</p> <p>Empfehlung oder Überweisung zur Versorgung durch alle an der vertragsärztlichen</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen... Einschränkung auf bestimmte Facharztgruppen steht im Widerspruch zum Ziel....</p> <p>(Berücksichtigung)..., dass ein Teil der schwer psychisch erkrankten Menschen nicht direkt bei Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen Hilfe sucht. Deswegen sollte es neben den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auch Sozialpsychiatrischen Diensten und Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, in denen diese Patientengruppe oftmals erste Hilfekontakte sucht, möglich sein, Betroffenen eine Behandlung im Netzverbund zu empfehlen....</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen erfolgen.</p>
8	2		04	GNP	<p>Vorschlag: <b><i>Einbeziehung Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt</i></b></p>	<p>Patienten mit seltenen und komplexen neurologischen Erkrankungen sowie mit Mehrfachbehinderungen</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie zielt auf psychisch Erkrankte mit</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><b><i>Neuropädiatrie und/oder einer Zusatzweiterbildung (Psychotherapie, spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin) als Berufsgruppe bei der Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.</i></b></p>	<p>werden häufig bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres in der Neuropädiatrie behandelt. Diese Patienten werden zum allergrößten Teil von Kinderärzten mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie und/oder Psychotherapie behandelt.</p>	<p>einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen, nicht jedoch auf einen neurologischen Behandlungsbedarf, Komplexe neurologische Erkrankungen bedürfen einer speziellen fachspezifischen Versorgung. Der G-BA wird zeitnah nach Beschlussfassung dieser Richtlinie, die sich in der vorliegenden Fassung ausschließlich an Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr richtet, mit der Erarbeitung einer Richtlinie für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beginnen; in der Richtlinie für Kinder und Jugendliche werden auch Festlegungen der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer getroffen. Die Richtlinie definiert zudem Mindestanforderungen an</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>die Versorgung insbesondere schwer psychisch Erkrankter. Der Einbezug von Fachärztinnen und Fachärzten für Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie kann im Einzelfall sinnvoll sein, ist aber nicht in allen Fällen erforderlich; auch aus diesem Grund wird von der Aufnahme abgesehen. Keine Änderung.</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Es werden alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgesehen.</p>
8	2	KBV	06	bpa	Zustimmung zu Position KBV	Einerseits soll niedrigschwellig - im Sinne der Zielsetzung des Versorgungsmodell - gehandelt werden (KBV), andererseits soll binnen drei Tagen die Differentialdiagnos-	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>tik nach Abs. 5 erfolgen. Aufgrund der (Über-)Belastung des Versorgungssystem kann letzteres nicht erfolgen, wenn andere, als die, die den Zugang eröffnen, die Leistung erbringen. Sollte die Hürde der Differentialdiagnostik beibehalten werden (Abs. 5) bliebe nur die Möglichkeit einer Beschränkung auf die vom GKV-SV und der DKG vorgeschlagenen Arztgruppen. Hierdurch wird jedoch keine verbesserte Versorgung erreicht.</p>	
8	2	GKV-SV, DKG	08	AWO	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV und DKG</p> <p>Vorschlag</p> <p>Gleichzeitig regen wir an, dass neben den genannten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch Sozialpsychiatrische Dienste eine solche Empfehlung aussprechen können.</p>	<p>Einen komplexen Behandlungsbedarf gemäß der Richtlinie zu erkennen, setzt einschlägige Fachkenntnisse und / oder eine längere Begleitung der Patientinnen und Patienten voraus. Dies sehen wir bei den genannten Arztgruppen und bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten als gegeben an. Es kommt jedoch vor, dass Menschen mit schweren</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						psychischen Erkrankungen, die einer komplexen Versorgung gemäß der Richtlinie bedürfen, weder ärztlichen noch psychotherapeutischen Rat suchen, sondern zunächst Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erhalten. Deshalb sollte auch dieser Fachdienst eine Empfehlung zur Behandlung gemäß der Richtlinie aussprechen dürfen.	und Leistungserbringern und Leistungserbringern des SGB V. <b>KBV:</b> Zustimmung zur Benennung von Psychotherapeuten <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.
8	2	PatV	09	DVSG	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„3. Psychosoziale <b>Kontakt- und Beratungsstellen</b></i>  <i>Vorschlag:</i> <b>4. Psychiatrische Institutsambulanzen“</b>	Die Einbeziehung von etablierten Diensten und Professionen, wie insbesondere der Sozialpsychiatrischen Dienste, der psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen und der PIAs sind für die multiprofessionelle Versorgung und Behandlung bedeutsam, um für den Mensch in seiner Lebenswelt die sozialen Bezüge angemessen zu berücksichtigen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	2	PatV	11	BFLK	Zustimmung zu Position PatV	Dieser Vorschlag deckt auch einen niederschweligen Zugang ab (durch den Einbezug der Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. Beratungsstellen)	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: Bei der Nr. 5 fehlen die <b>Suchtberatungsstellen</b> (vgl. § 4 Abs. 5 Nr. 3 des PatV-Vorschlages)	Die Aufzählung der PatV benennt die Institutionen, die insbesondere mit chronisch psychisch kranken Personen arbeiten.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV	Da weitestgehende Nennung möglicher Anlaufstellen für benannte Pat.-gruppe	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	GKV-SV, DKG	17	BKJPP	Ablehnung von Position GKV-SV und DKG	In der Aufzählung fehlen (neben weiteren wichtigen Arztgruppen) Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Die ausgewählten Fachgruppen verfügen über mehr als nur grundlegende Kenntnisse von psychischen Erkrankungen und können diese in der Regel im Rahmen der Anamnese feststel-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							len. Dadurch wird gewährleistet, dass Krankheitsbilder, die keiner Komplexbehandlung nach dieser Richtlinie bedürfen, in die für sie geeigneten Behandlungsangebote übergeleitet werden und die Kapazitäten in den Netzverbänden den Patientinnen und Patienten vorbehalten bleiben, bei denen ein entsprechender schwerwiegender Bedarf besteht. Die vorliegende Richtlinie richtet sich an Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zeitnah nach der Beschlussfassung mit der Beratung über Regelungen für Kinder und Jugendliche aufnehmen; hierbei sind auch die vorgeschlagenen Fachgruppen zu berücksichtigen.
8	2	KBV	17	BKJPP	Zustimmung zu Position KBV	Die Regelung umfasst alle potenziellen Ansprechpartner für die Patienten, die in	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Frage kommen zur Weiterleitung in eine koordinierte und strukturierte Behandlung. Ein Eingangsassess-ment erfolgt dann durch die Spezialisten, so dass Fehlbe-handlungen leicht vermeid-bar sind.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	KBV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV	<p><b>Alle:</b> Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten [DPV, BPM, SpiZ, DGPT, BVDN, DGPT: müssen] [BVDP: sollten] eine Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können. Erfahrungsgemäß werden das in der Regel Teilneh-mende mit Bezug zur Be-handlung von Menschen mit schweren psychischen Stö-rungen sein.</p> <p><b>DPV, BPM, SpiZ, DGPT:</b> Eine Einschränkung auf wenige Facharzt-Gruppen ist insbe-sondere bei dem Ziel, schnelle und niedrigschwel-lige Versorgung zu ermögli-chen, nicht plausibel.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stel-lungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Ergänzung <b>BPM, SpiZ, BVDN:</b></p> <p>Im Übrigen wäre bei Übernahme der Position des GKV-SV eine Überleitung einer Behandlung in der Transitionsphase durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht möglich. Es muss allen an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten Ärzten und Psychotherapeuten möglich sein, eine Empfehlung / Überweisung vorzunehmen.</p>	
8	2	PatV	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position PatV	<p>Die Caritas unterstützt nachdrücklich 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 psychosoziale Beratungsstellen vorsieht. Gerade der be-</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						troffene Personenkreis wendet sich im Erstkontakt an diese Beratungsstellen.	
8	2	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV	Es ist sinnvoll, das ärztlich/medizinische Zuweisungsspektrum im Sinne einer regionalen Verbundstruktur zu erweitern.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	KBV	24	BVDP	Zustimmung zu Position KBV	Es sollten alle an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende eine Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können. Erfahrungsgemäß werden das in der Regel Teilnehmende mit Bezug zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG und PatV „Überweisung oder“		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	KBV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV	Die Richtlinie gehört zum SGB V.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	PatV	29	Diakonie, BeB	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag: Statt Verdacht schlagen wir den Begriff <b>Vermutung</b> vor.  Darüber hinaus sind unbedingt <b>Suchtberatungsstellen</b> mit aufzuführen.	Wichtig ist die Forderung, dass die Vermittlung auch durch Sozialpsychiatrische Dienste oder Psychosoziale Beratungsstellen bzw. Suchtberatungsstellen erfolgen kann und dies auch bei einer bloßen Vermutung auf eine Behandlungsindikation.	<b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.  <b>PatV:</b> Der Anregung wird grundsätzlich gefolgt.
8	2		30	SpiFa	Die Zuweisung erfolgt zielführend durch Ärztinnen und Ärzte mit den 4 Handlungskompetenzen, Ärzte mit der Zusatzqualifikation Psychosomatische Grundversorgung sowie Psychologische Psychotherapeuten oder durch Fachkliniken. Eine Ausweitung		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					der Berechtigten führt zur Systemüberlastung und sicher zu neuem anbieterorientierten „Bedarf“.		
8	2	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Der Zugang auf Empfehlung von weiteren Leistungserbringern, wie von der PatV vorgeschlagen, ist deshalb zu befürworten, weil die Versicherten nicht unbedingt den „klassischen“ Weg über Fachärzte für Psychiatrie suchen, sondern oft auch sehr niedrigschwellige Angebote zuerst nutzen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„2. Sozialpsychiatrische Dienste <del>oder</del>, 3. Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, 4. Leistungserbringer der Rehabilitation, 5. psychosoziale Beratungsstellen, 6. Leistungserbringer der Jugendhilfe, 7. Selbsthilfegruppen.“</i>	Da Personen mit schweren psychischen Erkrankungen bei sehr unterschiedlichen Einrichtungen erstmals auffällig sein können, sollten Empfehlungen ausgesprochen und erste Kontakte zum Verbund ermöglicht werden durch eine breite Vielfalt dieser Einrichtungen. Bei den alternativen Vorschlägen ist der Kreis der Berechtigten demgegenüber zu eng.  Da eine Empfehlung lediglich den Zugang zum Erstkontakt	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						ermöglicht, können Anforderungen an die diagnostische Kompetenz empfehlender Stellen niedrig gehalten werden, um die Chancen zu erhöhen, möglichst viele Patienten der Zielgruppe überhaupt zu erreichen.	oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.
8	2	KBV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV	Das Eingangs-Assessment sollte besser Eingangssprechstunde genannt werden, schon um für die Patient*innen den Eindruck zu vermeiden, dass sie sich in einer Bewerbungssituation befinden, die sie bestehen müssen. Alle Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sollten überweisen oder empfehlen können, und auch ein Krankenhaus sollte zuweisen können.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV	Je weiter der Kreis derjenigen gefasst ist, die den Kontakt zum Netzverbund herstellen können, umso mehr Personen werden von der Leistung profitieren. Der Zugang ist auf diese Weise	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						niedrigschwellig gestaltet. Dementsprechend sollten hier auch Leistungserbringer der Eingliederungshilfe ergänzt werden.	
8	2		35	ackpa	Alle an der psychiatrischpsychotherapeutischen Versorgung in der Region beteiligte Akteure sind für diese Patient*innengruppe zuständig und beteiligen sich an der Zusammenarbeit. Die Empfehlung für eine vernetzte psychiatrischpsychotherapeutische Behandlung sollte allen ärztlichen Fachdisziplinen möglich sein.	Die Latenz zwischen Kontakt mit dem Hilfesystem und zeitnaher Aufnahme einer vernetzten Behandlung in der genannten Patient*innengruppe muss unbedingt verkürzt werden. Zugangshürden müssen daher umfassend beseitigt werden.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	KBV, PatV	36	PIBB	Zustimmung zu Position KBV mit Ergänzung der Formulierung PatV Vorschlag: <i>„...Sozialpsychiatrische Dienste“</i>	Der Sozialpsychiatrische Dienst betreut sehr schwer kranke Patientinnen und Patienten mit hohem Versorgungsbedarf, die eine kontinuierliche Versorgung brauchen, um die Symptomlast zu senken, die eine Verbesserung der Teilhabe erfordert.	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.</p>
8	2 Nr. 2	PatV	37	BDK	<p>Zustimmung zu Position PatV</p> <p>Zu Nr. 2 Sozialpsychiatrische Dienste</p>	<p>Zuweisung durch SPD ist sinnvoll, da diese häufig den Kontakt zu noch nicht versorgten Erkrankten pflegen</p>	<p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des Zuweiserkreises.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	2	PatV	38	BAPP	<p>Zustimmung zur Formulierung PatV</p> <p>Vorschlag:</p> <p><b>Zusätzlich alle weiteren Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 der RL</b></p>	<p>Leistungserbringer und Teilnehmer der Versorgung sollten auch aus anderen Versorgungsgebieten bei entsprechendem Bedarf eine Versorgung empfehlen können.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.</p>
8	2-5		39	BDP	<p>Der Zugang sollte so niedrigschwellig wie möglich sein. Deshalb sollten auch <b>sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Beratungsstellen, stationär Behandelnde und z.B. Hausärztinnen und Hausärzte empfehlen dürfen</b> (vgl. Vorschlag PatV). Eine Indikationsstellung zum Netzwerk sollte dabei nur über die entsprechenden fachärztlichen oder psychologisch psychotherapeutisch Behandelnden erfolgen. Zum Zwecke einer schnellen</p>	<p>Ein niederschwelliger Zugang ist extrem wichtig, da komplex Erkrankte Hürden (wie z.B. einen Facharzttermin realisieren) nur schwer überwinden können und i.d.R. sehr kurzfristig Hilfe benötigen. Hierfür müssen zusätzliche Ressourcen geschaffen werden.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Zuführung zum Netzwerk müsste geklärt werden, inwieweit diese Kapazitäten bereithalten müssten. Dass eine Empfehlung mit einer zeitnahen Sprechstunde zum Netzwerk verbunden sein soll, begrüßen wir - weisen hier aber auch wieder auf die Versorgungsrealitäten hin. Sinnvoll ist dabei, dass Empfehlende direkt bei den indikationsstellenden Behandelnden für den Erkrankten einen Termin ausmachen können (mit Einverständnis der Erkrankten).		und Leistungserbringern und Leistungserbringern des SGB V. <b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des Zuweiserkreises <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.
8	2	PatV	41	APK	Zustimmung zu Position PatV	Eine Zuweisung durch niedergelassene Fachärzt*innen, psychiatrische Krankenhäuser/ Abteilungen sowie zuführende Institutionen wie sozial-psychiatrische Dienste, Gesundheitsämter	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						usw. bei entsprechender Facharztqualifikation sollte möglich sein. Daher Unterstützung der Formulierung der PatV, sonst wird hier eine Hochschwelligkeit (Überweisungsverpflichtung) eingeführt die kontraproduktiv ist.	
8	2	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Ablehnung von Formulierung KBV, DKG und PatV „Überweisung oder“		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Überweisung als etabliertes Element der vertragsärztlichen Versorgung für die Weiterbehandlung nutzbar gemacht werden soll.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
8	2	GKV-SV, DKG	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV und DKG  Vorschlag zur Ergänzung: „...7. oder Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten“		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer werden auf der Grundlage einer Verordnung tätig. Eine</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Verordnung kann durch die in der Soziotherapie-Richtlinie festgelegten Fachärztinnen und Fachärzte, durch psychiatrische Institutsambulanzen oder im Rahmen des Entlassmanagements erfolgen; die Auswahl ist nahezu deckungsgleich mit der in dieser Richtlinie getroffenen Festlegung. Aus diesem Grund wird von der Aufnahme von soziotherapeutischen Leistungserbringern und Leistungserbringern abgesehen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	2		45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV	Im Rahmen der Regelung des Zugangs zur Richtlinie sollte auch sichergestellt werden, dass für alle Patienten mit psychischen Erkrankungen geprüft wird, ob sie für eine Versorgung nach der SKV-RL in Frage kommen. Insbesondere bei Behandlungen im Rahmen der Psychotherapie-RL (§ 92 6a SGB V) sollte nach einer gewissen Behandlungsdauer eine Einschätzung durch einen Facharzt zur Eignung für eine Versorgung nach der SKV-RL eingeholt werden müssen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	PatV	46	Dt. Alzheimer Gesellschaft	Zustimmung zu Position PatV	Es erscheint sinnvoll, dass Patienten – egal wo sie zuerst professionelle Hilfe in Anspruch nehmen – Zugang zu der neuen Leistung erhalten. Gerade Psychosoziale Beratungsstellen oder Sozialpsychiatrische Dienste sind in der örtlichen Versorgung oft erste Anlaufstellen und kennen die Patienten be-	<b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des Zuweiserkreises <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						reits, so dass eine Beurteilung und eine sich daraus ergebende Überweisung kompetent erfolgen kann.	
8	2	PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position PatV	<p>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 psychosoziale Beratungsstellen vorsieht. Gerade der betroffene Personenkreis wendet sich im Erstkontakt an diese Beratungsstellen.</p> <p>Es ist zu überlegen, ob nicht weiteren Akteuren im Sozialraum, wie z.B. Selbsthilfegruppen die Möglichkeit einer Empfehlung eingeräumt werden kann.</p>	<p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des Zuweiserkreises</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
8	2	KBV	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV	Die Versorgung nach dieser Richtlinie beinhaltet einen niedrigschwelligen Zugang	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>für Patient*innen mit einem komplexen Behandlungsbedarf. Die Überweisung in oder die Empfehlung für diese Versorgung ist durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu gewährleisten.</p> <p>Doppeluntersuchungen durch Fachgruppen die, wie im Vorschlag des GKV-SV dargestellt, zwar die Empfehlungskompetenz innehaben nicht aber Netzmitglieder sind, verursachen weitere Kosten und stellen ein Hemmnis für Patient*innen dar.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
8	2	KBV	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV	<p>Alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligte müssen eine Überweisung oder eine Empfehlung aussprechen können.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	2	PatV	54	MEG	Zustimmung zu Position PatV		<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	2	PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position PatV Ergänzung, dass eine <b>Empfehlung auch durch Soziotherapeutinnen/therapeuten oder eine psychiatrische Pflegefachperson</b> ausgesprochen werden kann. Manchmal sind Vertretende dieser Berufsgruppen die einzigen Professionellen (oder sogar die einzigen Personen), die mit dem Betroffenen Kontakt haben. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen. Die Netzverbände überprüfen in einer Eingangssprechstunde, ob die Voraussetzungen nach §2 vorliegen	Die DFPP hält einen breiten Zugang zu diesem Versorgungsangebot für zwingend notwendig.	<b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des Zuweiserkreises <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.
8	2	KBV	56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV Vorschlag zur Ergänzung: <b>„...Sozialpsychiatrische Dienste, psychosoziale Beratungsstellen und psychiatrische Institutsambulanzen können eine Empfehlung aussprechen.“</b>	Ohne diesen Zugang haben ein Großteil der betroffenen PatientInnen-Gruppen keine Chance, die in der Richtlinie vorgesehene Komplexbehandlung zu erhalten.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer zur Ergänzung wird nicht gefolgt, da aus Folge der Empfehlung oder Überweisung verbindliche Maßnahmen resultieren, sollte eine erste Bewertung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte/-innen oder Psychotherapeuten/-innen oder ermächtigten Einrichtungen erfolgen.</p>
8	2	PatV	57	BED	Zustimmung zu Position PatV	Der Zugang hat so niedrigschwellig wie möglich zu erfolgen, um den Erfolg der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierte Versorgung zu gewährleisten.	<p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des Zuweiserkreises</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

## § 8 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	3	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	Die Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung. Gewährleistung durch Möglichkeit, dass der behandelnde Ärzt*in und Psychotherapeut*in im Rahmen des Entlassmanagements eine Weiterbehandlung in der Richtlinie empfiehlt. Empfehlung auf Facharzniveau, sowohl von Ärzt*innen als auch Psychotherapeut*innen der Einrichtung. Es ist fachlich nicht nachzuvollziehen, warum behandelnde Psychotherapeut*innen keine Empfehlung für eine Weiterbehandlung in der Richtlinie aussprechen können sollten (vgl. auch § 12).	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	3	GKV-SV, KBV, DKG	09	DVSG	Die Benennung des Entlassmanagements betont die interdisziplinäre Perspektive und drückt eine systematische Berücksichtigung und Empfehlung berufsgruppenübergreifend aus.		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	3	KBV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV	<p>Diese intensivierte Versorgungsform bedarf umfassender Kenntnisse über medizinisch-psychiatrische, psychotherapeutische sowie sozialmedizinische Aspekte der Akutversorgung, der Rehabilitation und Prävention, aber auch der rezidivprophylaktischen Maßnahmen. Da im Rahmen einer stationären Behandlung alle diese Aspekte fachärztlich supervidiert zusammengeführt werden [BPM, SpiZ, BVDN: müssen], kann die Empfehlung über die weitere Behandlung insbesondere durch die hier beschriebene intensivierte Form nur fachärztlich erfolgen.</p> <p>Die Entlassung aus einer Klinik im Rahmen des Entlassmanagements nach §39 Absatz 1a SGB V regelt die Entlassung aus einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Behandlung in die Regelversorgung.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			13	BPM			<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			19	SpiZ			<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			20	BVDN			<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			25	DGPT			<p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Die Indikation für die hier beschriebene komplexe Versorgungsform für schwer kranke Patienten bedarf einer besonderen Indikationsstellung und ist damit klarer als im §39 Absatz 1a SGB V festgelegt eine originär fachärztliche [ <b>BPM, SpiZ, BVDN:</b> oder psychotherapeutische] Aufgabe.	
8	3	KBV, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV und PatV	Dieser Vorschlag ist eindeutig und klar	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	3	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV	Planungsphase und nicht Umsetzungsphase	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	3	KBV,	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV	Auch Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen, die stationäre, teilstationäre oder stationsäquivalente Behandlungen für die betroffene Patientengruppe erbringen, sollen ausdrücklich die Mög-	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			47	CBP			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						lichkeit der Empfehlung einer Anschlussversorgung nach dieser Richtlinie erhalten, um Versorgungsbrüche zu vermeiden.	
8	3	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	3	KBV	24	BVDP	Zustimmung zu Position KBV	<p>Im Rahmen des Entlassungsmanagements kann eine Empfehlung durch eine entsprechende Fachärztin oder einen entsprechenden Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten der Einrichtung ausgesprochen werden.</p> <p>Die Entlassung aus einer Klinik im Rahmen des Entlassmanagements nach §39 Absatz 1a SGB V regelt die Entlassung aus einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Behandlung in die Regelversorgung. Die Indikation für die hier beschriebene komplexe Versorgungsform für schwer kranke Patienten bedarf der</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>strengen fachärztlichen Indikationsstellung und ist damit klarer als im §39 Absatz 1a SGB V festgelegt eine originär fachärztliche Aufgabe.</p> <p>Die intensivierte Versorgungsform im Rahmen dieser Richtlinie bedarf umfassender Kenntnisse über medizinisch-psychiatrische, psychotherapeutische sowie sozialmedizinische Aspekte der Akutversorgung, der Rehabilitation und Prävention, aber auch der rezidivprophylaktischen Maßnahmen. Da im Rahmen einer stationären Behandlung alle diese Maßnahmen fachärztlich supervidiert zusammengeführt werden, kann die Empfehlung über die weitere Behandlung in der hier beschriebenen intensivierten Form nur fachärztlich erfolgen.</p>	
8	3	KBV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV und PatV inkl. Formulierung GKV-SV, KBV und DKG „des Entlassungsmanagements“		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	3	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Auch wenn die Versicherten im stationären Aufenthalt nicht dem Entlassmanagement zustimmen, erfolgt trotzdem eine Entlassplanung und der Versicherte kann von dem Netzwerkverbund profitieren. Ein Ablehnen des Entlassmanagements darf kein Nachteil für eine Weiterversorgung der Versicherten im ambulanten Bereich sein.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	3	KBV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV	Das Eingangs-Assessment sollte besser Eingangssprechstunde genannt werden, schon um für die Patient*innen den Eindruck zu vermeiden, dass sie sich in einer Bewerbungssituation befinden, die sie bestehen müssen. Alle Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sollten überweisen oder empfehlen können, und auch ein	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Krankenhaus sollte zuweisen können.	
8	3-5	KBV, GKV-SV	36	PIBB	<p>Zustimmung zu Position KBV, GKV-SV Vorschlag für Änderung (umfasst Absatz 3 bis 5):</p> <p><b>„Eine Behandlung kann vor Entlassung im Rahmen des Entlassungsmanagements direkt zum Netzwerkverband veranlasst werden.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Die entlassende Institution übermittelt die notwendigen Informationen vorab (z.B. digital oder telefonisch).</b></li> <li>• <b>Über das Entlassungsmanagement wird ein Entlassungsgespräch mit den beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten (fachärztlich/psychotherapeutisch) organisiert (Terminabsprache) zum Austausch wichtiger Informationen.</b></li> <li>• <b>Ein Termin wird innerhalb von 3-7 Tagen vereinbart.</b></li> <li>• <b>In der Eingangssprechstunde wird geprüft, ob eine Indikation zur Komplexbehandlung gegeben ist.</b></li> </ul>	<p>Da es sich um sehr schwer beeinträchtigte Patientinnen und Patienten handelt, ist eine direkte Terminvereinbarung von dem teilstationären/stationären Sektor zur koordinierenden Fachärztin/zum koordinierendem Facharzt bzw. zur Psychotherapeutin/zum Psychotherapeuten wichtig, um eine nahtlose weitere Versorgung zu gewährleisten.</p> <p>Hier sollte konkret ein intersektoraler Kommunikationsweg verbindlicher als bisher definiert sein, damit wichtige Informationen zum Verlauf unmittelbar ausgetauscht werden.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Der Stellungnahme wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Eine entsprechende Berücksichtigung ist unter § 6 „Aufgaben und Organisation des Netzwerkverbandes“ und § 11 „Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs“ erfolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<b>Das Assessment und die Eingangssprechstunde werden von dem Netzwerk koordiniert.“</b>		
8	3		39	BDP	Siehe Absatz 2		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	3		42	BV Soziotherapeuten	Vorschlag: <i>„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 [GKV-SV/KBV/DKG: des Entlassungsmanagements] der Einrichtung ausgesprochen werden.“</i>		<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann <b>im Rahmen des Entlassungsmanagements</b> vor Entlassung aus einer teil-, vollstationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung <del>im Rahmen des Entlassungsmanagements gemäß § 39 Absatz 1a SGB V</del> der Einrichtung ausgesprochen werden.“

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	3	KBV, PatV	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	3	KBV, PatV	54	MEG	Zustimmung zu Position KBV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	3	GKV-SV, KBV, DKG	56	DDPP	Zustimmung zu Position GKV-SV und DKG	Die Beteiligung des Krankenhaus-Entlassmanagements wird als eine Möglichkeit des Zugangs unterstützt.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§ 8 Absatz 4

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	4	KBV, DKG	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV und DKG	...Eine zusätzliche Pflicht, über das Versorgungsangebot zu informieren und eine Übersicht der Netzverbände bereitzuhalten, wie sie im Regelungsvorschlag vom GKV-SV und PatV festgelegt wird, ist nicht von allen ambulanten Leistungserbringer*innen leistbar. Kein Aufbau zusätzlicher Hürden für Leistungserbringer*innen. Im Fokus sollte die <i>schnelle Terminvermittlung</i> bei dem von der Patient*in gewünschten Netzverbund stehen...	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	4		03	BfDI	Aufnahme einer <b>Regelung zur Information der Patienten</b> mit den Inhalten: - <b>Struktur und Inhalt des Versorgungsangebotes,</b> - <b>alle konkret an der Behandlung beteiligten Stellen</b> sowie - <b>transparente Darstellung des Austausches zwischen den Stellen</b>	Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist es unerlässlich, eine <b>Regelung zur Information der Patienten</b> mit aufzunehmen, da ohne diese, eine datenschutzrechtliche Einwilligung zur Teilnahme nicht möglich ist. Eine solche Information muss die <i>Struktur und den Inhalt des Versor-</i>	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Aufnahme des § 6 Absatz 2. <b>KBV, DKG, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Einholung <b>Einwilligungserklärungen</b></p> <p>Sollten im Laufe der Behandlung noch weitere Leistungserbringer, wie beispielsweise Krankenhäuser dazukommen, sind entsprechende Einwilligungserklärungen im Laufe der Teilnahme an dieser strukturierten Versorgung einzuholen. Dem Patienten sollte darüber hinaus das Recht eingeräumt werden, bestimmte einzelne Leistungserbringer von der Behandlung ausschließen zu können.</p> <p>Empfehlung: <b>Änderung des Begriffs „Zustimmung“ durch „Einwilligung“</b></p>	<p><i>gungsangebotes, alle konkret an der Behandlung beteiligten Stellen sowie den Austausch zwischen den Stellen, transparent darstellen. Es ist sicherzustellen, dass entsprechende Einwilligungserklärungen eingeholt werden. Sollten im Laufe der Behandlung noch weitere Leistungserbringer, wie beispielsweise Krankenhäuser dazukommen, sind entsprechende Einwilligungserklärungen im Laufe der Teilnahme an dieser strukturierten Versorgung einzuholen. Dem Patienten sollte darüber hinaus das Recht eingeräumt werden, bestimmte einzelne Leistungserbringer von der Behandlung ausschließen zu können.</i></p>	<p><b>DKG:</b> Es erfolgen entsprechende Ausführungen in den Tragenden Gründen.</p>
8	4	Satz 1: DKG, KBV Satz 2:	07	DPV	<p>Satz 1: Zustimmung zu Position DKG, KBV: „keine Übernahme“</p> <p>Satz 2: Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV</p>	<p><b>Alle:</b> Einer solch kleinteiligen Regelung bedarf es nicht. <b>BPM, SpiZ, BVDN:</b> Es versteht sich von selbst, dass man bei Empfehlung auch</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		KBV, DKG, PatV	13	BPM		mitteilt, wo das Angebot umgesetzt werden kann.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. Änderung in „Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei <del>einem dem von</del> <b>der Patientin oder dem Patienten gewählten</b> Netzwerk unmittelbar einen Termin <del>zur differentialdiagnostischen Abklärung</del>. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			
8	4	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV	In jeder Phase des Geschehens den Pat- Willen unbedingt beachten	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	4	KBV, DKG	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV und DKG	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.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	4	KBV, DKG, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Dem Wunsch und Willen des/r Patienten/in ist Rechnung zu tragen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	4	KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV und DKG („keine Übernahme“)  Änderungsvorschlag:  <i>„Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die empfehlende Leistungserbringerin oder der empfehlende Leistungserbringer oder die empfehlende Einrichtung bei einem Netzverbund unmittelbar einen Termin <del>[GKV-SV: zur differentialdiagnostischen Abklärung]</del> Eingangssprechstunde.“</i>		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.  <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	4		30	SpiFa	Es bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten einschließlich der Aufklärung über mögliche versicherungsrechtliche Folgen der Behandlung durch diese Richtlinie. (SN S. 28)		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	4	GKV-SV, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV	Da bei der Wahl des Netzverbundes der Patientenwille zu berücksichtigen ist, benötigt der Patient selbstverständlich eine Übersicht der Netzwerkverbünde, um eine	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Wahl überhaupt treffen zu können.	
8	4	KBV, GKV-SV	36	PIBB	Siehe Absatz 3		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	4		39	BDP	Siehe Absatz 2		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	4	KBV, DKG	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV und DKG („keine Übernahme“) Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	4	KBV, DKG	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV und DKG	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	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						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.	
8	4	KBV, DKG	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV und DKG		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 8 Absatz 5

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	5	GKV-SV	01	BÄK	Ablehnung von Position GKV-SV	Eine obligatorische differentialdiagnostische Abklärung innerhalb von drei Tagen ist unrealistisch und nicht notwendig.	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurde für die Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde, in der bereits mit der differentialdiagnostischen Abklärung zu beginnen ist, geregelt, dass diese zeitnah, in der Regel innerhalb von sieben Werktagen, erfolgt.</p>
8	5	DKG, KBV, PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position DKG, KBV und PatV	...Eine Frist von sieben Werktagen nach Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung, wie von KBV, DKG und PatV vorgesehen, (erscheint) realistisch. Eine Frist von drei Tagen, wie sie der Entwurf des GKV-SV vorsieht, ist in der Praxis nicht regelhaft umsetzbar, insbesondere wenn auf die Empfehlung oder Überweisung ein Wo-	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>chenende oder Feiertage folgen. Es gilt zudem zu berücksichtigen, dass die dem Netzwerk angehörige Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auch Versorgungsleistungen außerhalb des Netzwerks erbringen. Im Falle einer Dreitagespflicht müssten jedoch mehrmals wöchentlich feste Notfalltermine für die Eingangssprechstunde eingeplant werden oder bestehende Patiententermine verschoben werden. Im Sinne eines realistischen Planungsspielraums ist ein Zeitraum von sieben Werktagen zwischen Kenntnis der Empfehlung oder Überweisung und Eingangssprechstunde, der eine wöchentliche Terminplanung ermöglicht, an dieser Stelle eindeutig zu bevorzugen. Generell ist zu beachten, dass die Versorgungskapazitäten in den entstehenden Netzwerken jeweils begrenzt sind. Dies gilt umso</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						mehr für kleinere Netzverbände, die allein für relativ große Einzugsgebiete zuständig sind. Daher werden begleitende Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie erforderlich sein, die es den Mitgliedern der Netzverbände erlauben, durch Anstellung von Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen spezifisch für die Versorgung nach dieser Richtlinie zusätzliche Versorgungskapazitäten in den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen und Einrichtungen zu schaffen.	
8	5	KBV, DKG, PatV	06	bpa	Zustimmung zu Position DKG, KBV und PatV	siehe § 8 Abs. 2	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	5	KBV, DKG, PatV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Die Position des GKV-SV mit der Forderung einer Frist von 3 Tagen nach Empfehlung ist zu eng gefasst, wenn diese	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.
			13	BPM	Ablehnung von Position GKV-SV		
			19	SpiZ			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			20	BVDN		<p>regelmäßig erfolgen muss. Patientenbezogene Bedingungen, die eine Terminwahrnehmung innerhalb von 3 Tagen verunmöglichen, könnten dann ggf. einen Zugang verhindern.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurde für die Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde, in der bereits mit der differentialdiagnostischen Abklärung zu beginnen ist, geregelt, dass diese zeitnah, in der Regel innerhalb von sieben Werktagen, erfolgt.</p>
			24	BVDP			
			25	DGPT			
8	5		16	DGSP	<p>Vorschlag:  <i>„...schnellstmöglich innerhalb von 3 Tagen nach Eingangssprechstunde anzubieten...“</i></p>	<p>unterversorgte Situation / Notsituation trotz Absprachen / Überleitung</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Im weiteren Beratungsverlauf wurde für die Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde, in der bereits mit der differentialdiagnostischen Abklärung zu beginnen ist, geregelt, dass diese zeitnah, in der Regel innerhalb von sieben Werktagen, erfolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Um einen zeitnahen Erstkontakt realistisch zu gewährleisten, wurde sich für einen Zeitraum von sieben Werktagen entschieden.</p>
8	5	KBV, DKG, PatV	21	Dt. Caritasverband	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV,</p> <p>Vorschlag:</p> <p>... wobei überlegt werden kann, die 7 Werktage in der Position von DKG/KBV/PatV auf <b>5 Werktage</b> zu verkürzen.</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 die erste Abklärung ist zeitlich zu ambitioniert, realistisch ist die Zeitspanne von 1 Woche...</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Um einen zeitnahen Erstkontakt realistisch zu gewährleisten, wurde sich für einen Zeitraum von sieben Werktagen entschieden.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	5	gesamt	22	BAG GPV	Ablehnung 3 Tage und Ablehnung 7 Tage	Der Zugang muss in jedem Fall so schnell wie möglich erfolgen. Starre Fristen machen hier wenig Sinn, es muss vom Einzelfall abhängig gemacht werden. In einer Not- bzw. Krisensituation muss der Zugang innerhalb eines Tages möglich sein. Eine Frist von 7 Tagen darf auf keinen Fall überschritten werden.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es bedarf einer klaren Vorgabe, von der bei nachweislich schwieriger Umstände im Einzelfall abgewichen werden kann. Ohne Vorgabe droht die Ausnahme zum Regelfall zu werden.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Vorgabe einer Frist innerhalb der ein Termin durch den Netzverbund sichergestellt werden muss, soll den zeitnahen Beginn der Diagnostik und der sich ggf. anschließenden Behandlung gewährleisten.</p>
8	5	KBV, DKG, PatV	27	BAPK	Zustimmung zu Formulierung KBV, DKG und PatV: „oder Überweisung...“ Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Kurzfristig zu garantierende Werte blockieren Ressourcen für die Behandlung.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	5	KBV, DKG, PatV	29	Diakonie, BeB	Vorschlag:  Für Patient*innen, die noch unsicher sind, ob sie sich in Behandlung begeben (können), sollte ein längerer Motivationsprozess bzw. Aushandlungsprozess konzipiert werden, um der oft auch krankheitsbedingten Ambivalenz bzw. der Ambivalenz bezüglich des Substanzkonsums Rechnung zu tragen.		<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	5	GKV-SV	30	SpiFa	Termine, die nicht durch den Patienten selbst vereinbart sind, werden erfahrungsgemäß häufiger nicht wahrgenommen als selbst vereinbarte Termine. Damit nicht Behandlungskapazitäten unnötig blockiert werden, sollte der Patient unbedingt dazu angehalten werden, eine Terminvereinbarung durch Dritte zu bestätigen. (SN zu § 9, S. 29)		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Ein häufiges Problem für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass ihnen selbst die Fähigkeit fehlt, die erforderliche Krankenbehandlung für sich zu organisieren. Aus diesem Grund soll von der empfehlenden Leistungserbringerin oder dem empfehlenden Leistungserbringer der Termin vereinbart werden. Inwiefern eine Terminbestäti-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							gung durch die Patientin oder den Patienten erfolgen sollte wird in das Ermessen der empfehlenden Leistungserbringerin oder des empfehlenden Leistungserbringers gelegt.
8	5	KBV, DKG, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Eine Frist von 7 Werktagen ist realistischer einzuhalten durch die Leistungserbringer, die die Eingangssprechstunde durchführen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	5	KBV, GKV-SV	36	PIBB	Siehe bei Absatz 3		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	5	GKV-SV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV	Eine Frist von 3 Tagen ist vollkommen unrealistisch und in der Regel auch nicht notwendig. Innerhalb von 7 Werktagen ist dagegen machbar. In dringenden Fällen wird der empfehlende ohnehin mit dem Netzwerk Kontakt aufnehmen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Im weiteren Beratungsverlauf wurde für die Herstellung des Erstkontakts in einer Eingangssprechstunde, in der bereits mit der differentialdiagnostischen Abklärung zu beginnen ist, geregelt, dass diese

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							zeitnah, in der Regel innerhalb von sieben Werktagen, erfolgt.
8	5	KBV, DKG, PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	5		39	BDP	Siehe Absatz 2		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	5	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	5	KBV, DKG, PatV	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Eine Frist von 3 Tagen, wie vom GKV-SV gefordert, ist unrealistisch und in der Regel auch nicht notwendig.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	5	GKV-SV	47	CBP	Zustimmung zu Position GKV-SV	Mit der Eingangssprechstunde verbunden ist eine	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						erste Abklärung, die Eingangssprechstunde ist inso weit der erste Schritt nach Überweisung/Empfehlung, dem eine differentialdiag nostische Abklärung erst folgt. Die von GKV-SV gefor derte 3-Tages-Frist für eine differentialdiagnostische Ab klärung mag zeitlich zu ambi tioniert erscheinen, ist abeei überschaubarer Rahmen der gewährleistet, dass ein gro ßer Anteil der Patientinnen und Patienten den zweiten Termin tatsächlich wahr nimmt.	
8	5	KBV, DKG, PatV	48	DPtV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV  Patient*innen benötigen einen direk ten Zugang in die Eingangssprech stunde innerhalb von 7 Tagen.	Der Zugang in dieses Versor gungsangebot ist über eine Eingangssprechstunde zu ge währleisten. Zunächst findet hier eine Ab klärung statt, die auch an dere Maßnahmen zur Folge haben kann. In der weiteren differenzial diagnostischen Abklärung erfolgt die Indikationsstel lung und Entscheidung für	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stel lungnehmer wird gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>eine Versorgung nach dieser Richtlinie.                      Die Eingangssprechstunde ist innerhalb von sieben Tagen zur Verfügung zu stellen. Das entspricht einer zeitnahen Vermittlung durch die Terminservicestellen.</p>	
8	5		55	DFPP	<p>Vorschlag: Eine Kontaktaufnahme, ein Erstgespräch (oder Eingangsgespräch) muss im Bedarfsfall aufsuchend erfolgen.</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Eine aufsuchende Tätigkeit ärztlicher Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist bereits möglich.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Möglichkeit, dass Erstgespräch auch aufsuchend durchzuführen.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§ 8 Absatz 6

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	6	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	<p>...Die Mitglieder des Netzverbundes nach § 3 Absatz 1 verfügen ... über die notwendige Expertise und Kompetenzen, um eine umfassende und zielgenaue Diagnostik durchzuführen bzw. weitere differenzialdiagnostische Untersuchungen zu veranlassen. Eine Verschiebung der Prüfung, ob eine Patient*in für eine Behandlung im Netzverbund grundsätzlich geeignet ist, soll deswegen im Sinne des Patientenwohls nicht auf spätere Termine verschoben werden, sondern unmittelbar im Rahmen einer Eingangssprechstunde erfolgen. Diese Leistung der Eingangssprechstunde wird dabei vor dem Hintergrund des spezifischen Bedarfs hinsichtlich der diagnostischen Abklärung unter Einbezug weiterer Leistungserbringer*innen und des Informations-, Aufklärungs-</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt ist.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						und Beratungsbedarfs der Patient*in regelhaft über mehrere Termine zu erbringen sein (siehe hierfür auch das entsprechende Leistungsmodul der Anlage „1. Eingangssprechstunde mit Assessment“)....	
8	6	KBV, DKG, PatV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV  Ablehnung von Position GKV-SV	Die Regelung ist hier eindeutig und unmissverständlich beschrieben. Die Niedrigschwelligkeit des Zugangs wird deutlich	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt wird.
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			25	DGPT			
8	6	KBV, DKG, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt ist.
8	6		21	Dt. Caritasverband			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		DKG, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position DKG und PatV	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.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt wird.
8	6	KBV, DKG, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Ein Assessment ist in diesem Zusammenhang das geeignetere Instrument.  Ein Assessment schließt weitergehende Faktoren und nicht nur medizinische mit ein und stellt somit einen ganzheitlicheren Kontextbezug her.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt wird.
8	6		24	BVDP	<i>Vorschlag:</i> <i>„Netzverbände nach § 4 Absatz 1 bieten im Rahmen der Eingangssprechstunde ein Assessment einschließlich der Prüfung, ob die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, an.“</i>		<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt wird.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die Anregung ist in § 6 Absatz 2 eingeflossen.
8	6		27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV  Zustimmung zu Formulierung GKV-SV „eine differenzialdiagnostische Abklärung“  Vorschlag:  „Netzverbände nach § 4 Absatz 1 bieten eine differenzialdiagnostische Abklärung einschließlich der Prüfung, ob die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind, im Rahmen einer Eingangssprechstunde oder zeitnah im Anschluss an diese an.“		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt ist.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.  <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
8	6	DKG, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position DKG und PatV	Die Prüfung der Voraussetzungen sowie die vollständige differenzialdiagnostische Abklärung / Assessment im Rahmen der Eingangssprechstunde zu erfüllen, lassen sich sicher nicht immer umsetzen. Deshalb un-	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt wird.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						terstützen wir die Formulierung „oder zeitnah im Anschluss an diese“.	
8	6		33	bvvp	<p>Die Eingangssprechstunde sollte bereits innerhalb der neuen Richtlinie von einem / einer teilnehmenden Niedergelassenen durchgeführt werden, wie schon ausgeführt selbstverständlich auch von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen.</p> <p>Der / die Durchführende muss dann aber nicht zwingend Bezugsbehandler werden. Außerdem sollte der Bezugsbehandler auch irgendwann wechseln können, z.B. wenn sich der Schwerpunkt im Lauf der Behandlung von psychiatrischer auf psychotherapeutische Behandlung verlagert oder umgekehrt.</p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt wird.</p>
8	6		42	BV Soziotherapeuten	<p>Vorschlag:</p> <p><b>„Netzwerkünde nach § 4 Absatz1 bieten <del>[GKV: eine differenzialdiagnostische</del> <del>Abklärung]</del> <del>[KBV/DKG/PatV: ein Assessment]</del> einschließlich der Prüfung prüfen im Rahmen der Eingangssprechstunde ob die Voraussetzungen nach § 2 erfüllt sind.“</b></p>		<p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die Anregung ist in § 6 Absatz 2 eingeflossen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
8	6		55	DFPP	Vorschlag: Eine Kontaktaufnahme, ein Erstgespräch (oder Eingangsgespräch) muss im Bedarfsfall aufsuchend erfolgen.		<p><b>KBV:</b> Zustimmung zur aufsuchenden Durchführung der Eingangssprechstunde</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Streichung des Absatzes, da der Inhalt in § 6 Abs. 1 geregelt wird.</p>



§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

§ 9 Absatz 1

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	1	KBV	02	BPtK	<p>Zustimmung zu Position KBV, mit Änderungsvorschlag:</p> <p><i>„...Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und, sofern diese erfüllt sind, ein <del>Gesamtbehandlungsplan</del> vorläufiger Behandlungsplan erstellt. ...“</i></p>	<p>...Es ist fachlich aus Sicht der BPtK nicht nachzuvollziehen, dass Psychotherapeut*innen, wie im Regelungsvorschlag der DKG vorgesehen, keine Eingangssprechstunde durchführen können sollen. Psychotherapeut*innen verfügen über die notwendige Expertise und Kompetenzen, um eine umfassende und zielgenaue Diagnostik durchzuführen und ggf. weitere differenzialdiagnostische Untersuchungen zu veranlassen. Erforderliche somatische Abklärungen werden in diesem Zusammenhang von den Psychotherapeut*innen regelhaft veranlasst.</p> <p>Auf Basis der (Erst)Diagnostik erstellt die Leistungserbringer*in bei Erfüllung der Voraussetzungen innerhalb der Eingangssprechstunde</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>einen vorläufigen Behandlungsplan. Dies gilt es aus Sicht der BPTK, in § 9 Absatz 1 zu verankern. Dieser vorläufige Behandlungsplan nach Rücksprache mit den weiteren voraussichtlich an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen angepasst und ergänzt werden. Erst nach diesen Rücksprachen ist es möglich, einen endgültigen Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Des Weiteren ist es unverzichtbar, dass bereits im Rahmen der Eingangssprechstunde die zuständige Bezugsperson*in oder -psychotherapeut*in vorläufig festgelegt wird, die den weiteren Behandlungsverlauf koordiniert und dafür verantwortlich ist, ggf. die weitere notwendige differenzialdiagnostische Abklärung durchzuführen oder zu veranlassen. Gerade für die an dieser Versorgung teilnehmenden Pati-</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						ent*innen muss sichergestellt werden, dass schon zu Beginn der Behandlung eine verantwortliche Person festgelegt wird, die als feste Ansprechpartner*in dient und für Rückfragen, mit denen insbesondere zu Beginn einer Behandlung zu rechnen ist, zur Verfügung steht.	
9	1	KBV, DKG, PatV	06	bpa	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	siehe § 8 Abs. 2	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	1		12	DGSPS	Im Rahmen des Assessment erfolgt eine psychische, somatische und soziale Erstdiagnostik durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3, 1- 5. Dabei wird das Vorliegen gemäß den Kriterien gem. § 2, 1 – 3 überprüft.	Bei Erstdiagnostik durch einen (Psychologischen) Psychotherapeuten soll eine begleitende fachärztliche somatische Diagnostik erfolgen.  Vorbefunde können dazu eingeholt werden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Für die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans soll eine Diagnostik gem. ICF erfolgen.</p> <p>Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans ist der Patient/die Patientin mit ihren/seinen Interessen und Wünschen einzubeziehen.</p>	
9	1	KBV	07	DPV	Zustimmung zur Position KBV	Verweis auf vorangegangene Begründungen zu § 3 Abs. 1	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
9	1		14	VAKJP	<p>Die VAKJP fordert unter (1), dass auch Psychotherapeut*innen das Eingangsassessment übernehmen können.</p>	<p>Vermeidung von Versorgungsengpässen:</p> <p>Insbesondere in der ländlichen Versorgung entsteht andernfalls ein unnötiges Nadelöhr mit langen Wartezeiten für Patient*innen.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Bezugärztin bzw. der Bezugsarzt ist dafür verantwortlich, dass die di-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							agnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt sind und ineinandergreifen; aus diesem Grund ist der Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt zu erstellen. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.
9	1	KBV, DKG, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV wie folgt:  <i>„[KBV: In der Eingangssprechstunde] erfolgt eine ... [PatV nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 bis 5]. Dabei wird ...</i>	Bei den einzelnen Regelungen sollte bis auf den ersten dem Vorschlag der PatV gefolgt werden. Ein „vorläufiger Behandlungsplan“ kann	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>[DKG/PatV: ein vorläufiger Behandlungsplan] erstellt.</i></p> <p><i>Zudem wird ... [KBV/PatV: oder die Bezugstherapeutin oder der Bezugstherapeut] festgelegt. [DKG/PatV: Die Wünsche der Patientinnen oder Patienten] sind zu berücksichtigen.“</i></p>	<p>in einem Erstgespräch zwischen Behandelndem und Behandelten vereinbart werden. In einem Assessment kann dann später den Gesamtbehandlungsplan nach § 10 erstellt werden.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
9	1	KBV, DKG, PatV	16	DGSP	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV</p> <p>Zustimmung zu Position DKG und PatV „vorläufiger Behandlungsplan“</p>	<p>Eventuell ergeben sich neue Erkenntnisse od. Änderungen im Pat.-Willen</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
9	1		21	Dt. Caritasverband			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		KBV, DKG, PatV	47	CBP	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV</p> <p>Vorschlag:</p> <p><i>„[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.“</i></p>	<p>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.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
9	1	DKG, PatV	22	BAG GPV	<p>Zustimmung zu Position DKG und PatV</p>	<p>Auch hier ist dem Begriff Assessment der Vorzug zu geben. Außerdem macht hier ein vorläufiger Behandlungsplan zunächst Sinn. Bei der Festlegung des/r Bezugsarztes/ärztin sind wiederum die</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Wünsche der Patienten unbedingt zu berücksichtigen.	
9	1	Satz 1 und 2 KBV  Satz 3 KBV, PatV  Satz 4 DKG, PatV	24 25	BVDP DPGPT	<p>Satz 1 und 2 Zustimmung zur Formulierung KBV ohne Verweis auf § 3.</p> <p>Satz 3 Zustimmung zu Position KBV, PatV</p> <p>Satz 4 Zustimmung zu Position DKG, PatV.</p> <p>Der Absatz soll lauten:</p> <p><i>„In der Eingangssprechstunde erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst-) Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach Absatz 1 Nummer 1 bis 5. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein Gesamtbehandlungsplan erstellt.</i></p> <p><i>Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut festgelegt. Die Wünsche der Patienten oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“</i></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	1	GKV-SV	27	BApK	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung aus Positionen KBV, DKG, PatV:  <i>„...Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugsarzt [KBV/PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] festgelegt. Die [DKG/PatV: Wünsche der Patienten oder des Patienten] sind zu berücksichtigen.“</i></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Bezugärztin bzw. der Bezugsarzt ist dafür verantwortlich, dass die diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt sind und ineinandergreifen; aus diesem Grund ist der Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt zu erstellen. Die Festlegung der Bezugärztin oder des Bezugsarztes muss</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							daher in der zeitlichen Abfolge bereits vor der differentialdiagnostischen Abklärung erfolgen.
9	1	PatV	29	Diakonie, BeB	Zustimmung zu Position PatV	Das verweist auf die Notwendigkeit, ergebnisoffene Prozesse zu gestalten, in denen sich Behandlungsbereitschaft und Behandlungsziele entwickeln können.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	1		30	SpiFa	Es wird auf die Anmerkungen zu § 7 verwiesen. Bei einem Leistungsträger mit den 4 erforderlichen Behandlungskompetenzen (somatisch, pharmakologisch, psychotherapeutisch und sozialmedizinisch) beginnt die umfassende Behandlung immer sofort beim Erstkontakt und ist damit schon eingeleitet. Bei Kontinuität vorbestehender ärztlicher Behandlung führt dies zu berufsrechtlichen Implikationen.		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	1	GKV-SV	31	SHV	Zustimmung zu Position GKV-SV	Der Formulierungsvorschlag verweist bei den Kriterien auf §2. Daher sehen wir hier keine Notwendigkeit für weitergehende Ausführungen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	1 Satz 2	DKG, PatV	32	DVGP	Satz 2:  Zustimmung zu Formulierung DKG und PatV „vorläufiger Behandlungsplan“	An der Erstellung des (definitiven) Gesamtbehandlungsplans sollten die beteiligten Einrichtungen beteiligt werden.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	1 Satz 4	KBV, DKG, PatV	32	DVGP	Satz 4:  Vorschlag:  <del>„Die [KBV: Patienteninteressen] [DKG/PatV: Wünsche der Patienten oder des Patienten] sind zu berücksichtigen.“</del>  <i>Hierfür ist die Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten erforderlich.“</i>	Eine Zuweisung ohne ausdrückliche Zustimmung ist nicht gerechtfertigt und übrigens auch ohne Erfolgsaussicht, vgl. oben § 5 Abs. 2.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	1		36	PIBB	Vorschlag:  Die Indikation für eine komplexe ambulante Behandlung nach §2 wird durch ein Assessment GAF/ICF) und fachspezifische Diagnostik (soma- tisch/psychosomatisch/psychopatho-	In der ersten Kontaktaufnahme liegt die Chance für Therapeuten und Patienten über Inhalte der Behandlung ins Gespräch zu kommen und dabei eine „Passung“ ab zu wägen. Ein Wechsel des	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>logisch/ psychosozial) in der Eingangssprechstunde durch einen Leistungserbringer nach §3 erbracht.</p> <p>Die Aufklärung über das Behandlungsangebot erfolgt ebenfalls im Eingangsgespräch.</p> <p>Die Patientin/der Patient kann durch Einwilligung erklären bei dem Therapeuten die Komplexbehandlung zu beginnen.</p> <p>Es kann ein erster Entwurf eines Behandlungsplans durch Aufnahme der Wünsche der Patientin/des Patienten und fachspezifischer Beratung des Therapeuten erfolgen, der in weiteren Sitzungen auch mit anderen LE (z.B. Pflege oder Psychotherapie oder Ergotherapie) entwickelt.</p>	<p>Therapeuten zu Beginn oder später kann im Einvernehmen mit dem Patienten/der Patientin erfolgen und ihm eine andere Netzkollegin empfohlen werden.</p> <p>Ein Eingangsgespräch kann dazu führen, dass ein Wechsel zu einem anderen Therapeuten aus dem Netz erforderlich wird. Das kann viele Gründe haben.</p> <p>Ein Gesamtbehandlungsplan unterliegt einem dynamischen Prozess und ist nicht beim ersten Mal in Stein gemeißelt.</p>	
9	1	KBV, DKG, PatV	37	BDK	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV</p> <p>Übernahme vor allem zur Festlegung des Bezugsarztes im Rahmen der Eingangsuntersuchung</p>	<p>Siehe Kommentar zu §5 Absatz 2</p> <p>In der Eingangssprechstunde kann lediglich ein <i>vorläufiger</i> Behandlungsplan erstellt werden.</p>	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	1	PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	1	DKG, PatV	39	BDP	Im Rahmen der Eingangssprechstunde kann allenfalls ein vorläufiger Behandlungsplan erstellt werden, der in der individuellen Fallbesprechung konkretisiert werden muss.	Diagnostik und Anamneseerhebung/ Problemdefinition brauchen mehr Zeit als ein Eingangsgespräch und sollten Netzwerkteam rückgekoppelt werden.	<p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „Die differentialdiagnostische Abklärung ist eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 5 Absatz 1. Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und, sofern diese erfüllt sind, <b>zumindest</b> ein <b>vorläufiger</b> Gesamtbehandlungsplan erstellt.“</p>
9	1	KBV, DKG, PatV	41	APK	<p>Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV</p> <p>Vorschlag:                      Änderung des Begriffes „Differentialdiagnose“ in „<b>Assessment</b>“</p>	...denn Patienten, die vom niedergelassenen Facharzt/Psychotherapeuten oder aus Krankenhausbehandlung kommen, dürften differenzialdiagnostisch bereits eingeschätzt sein, und Doppeluntersuchungen sind	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						nicht im Sinne der Patientenorientierung. Der Begriff „Assessment“ würde zudem die Einschätzung des Umfangs des Behandlungs- und Hilfebedarfs mit umfassen.	
9	1	GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	1		44	GNP	Wir treten für den Einbezug neuropsychologischer Expertise bei der Diagnostik und Behandlung von Teilhabestörungen ein.	Teilhabestörungen bei komplexen psychischen Erkrankungen wird entscheidend durch kognitive Einschränkungen und Ressourcen bestimmt (vgl. z.B. Wessels et al, 2015, Psychiatrische Praxis; Au et al., 2015, Schizophrenia Research). In Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass bis zu 50% der Teilhabestörungen durch neuropsychologische Beeinträchtigungen erklärt werden (Tsang et al., 2010, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry).	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Einbezug von Neuropsychologinnen und Neuropsychologen die Diagnostik und Behandlung kann im Einzelfall sinnvoll sein, ist aber nicht in allen Fällen erforderlich; aus diesem Grund wird von der Aufnahme abgesehen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Eine Nichteinbeziehung neuropsychologischer Kompetenz gefährdet die Erreichung der Teilhabeziele der Richtlinie in einer beträchtlichen Anzahl der betroffenen Patienten.	
9	1	KBV, PatV	48	DPTV	<p>Zustimmung zu Position KBV und PatV Vorschlag:</p> <p><i>„[KBV: In der Eingangssprechstunde] <del>[DKG/PatV: Im Rahmen des Assessments nach § 8 Abs. 6]</del> erfolgt eine psychische, somatische und soziale (Erst)Diagnostik und Indikationsstellung durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach [KBV/DKG: § 3] <b>KBV:</b> Absatz 1 Nummer 1 bis 5 <del><b>DKG:</b> Nummer 1 bis 3</del> <b>[PatV: § 5 Absatz 1].</b> Dabei wird das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 überprüft und sofern diese erfüllt sind, ein <b>KBV:</b> Gesamtbehandlungsplan <del><b>DKG/PatV:</b> vorläufiger Behandlungsplan</del> erstellt. Zudem wird die Bezugärztin oder der Bezugsarzt <b>[KBV/PatV:</b> oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsycho-</i></p>	<p>Zur Sicherstellung eines flächendeckenden wohnortnahen Versorgungsangebotes nach dieser Richtlinie sind Psychologische Psychotherapeut*innen vollumfänglich zu Beteiligen. Wie in der Regelversorgung führen sie die Eingangssprechstunde durch, erstellen den Gesamtbehandlungsplan und begleiten die Patientin/den Patienten als Bezugspsychotherapeut*innen.</p> <p>Der Gesetzgeber hat veranlasst, dass die Psychologischen Psychotherapeut*innen mit den notwendigen sozialrechtlichen Befugnissen der Verordnung der relevanten spezialtherapeuti-</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>therapeut] festgelegt. Die <b>KBV</b>: Patienteninteressen <b>DKG/PatV</b>: Wünsche der Patienten oder des Patienten sind zu berücksichtigen.“</p>	<p>schen Angebote ausgestattet werden und eine Einweisung in einen stationäre Versorgung veranlassen. Die somatische Abklärung veranlassen sie durch Überweisung. Nur durch eine entsprechende Beteiligung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeut*innen kann ein bürokratiearmer Übergang der durch diese Fachgruppe versorgten Patient*innen erfolgen.</p>	
9	1	KBV, PatV	56	DDPP	<p>Zustimmung zu Position KBV und PatV Vorschlag zur Ergänzung: <b>„...Die Diagnostik ist prozesshaft zu verstehen. Gerade bei schwierigen PatientInnen muss damit eine vertrauensbildende Kontaktaufnahme verbunden sein.“</b>  Vorschlag statt “Gesamtbehandlungsplan” „vorläufiger Behandlungsplan”</p>	<p>PatientInnen mit krankheitsimmanentem Mißtrauen oder (auch sekundärer) Traumatisierung, Zwangsbehandlungserfahrung und wiederholten Behandlungsabbrüchen, für die diese Richtlinie explizit gedacht ist, benötigen unter Umständen mehr als einen Termin für die Diagnostik und die Festlegung eines Gesamtbehandlungsplans. Die Diagnostik ist bei diesen PatientInnen oft prozesshaft</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Es erfolgt eine Ergänzung der Tragenden Gründe.</p>



Stand: 26.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						und die Festlegung eines Gesamtbehandlungsplans benötigt einen zeitlichen Verhandlungsspielraum	

§ 9 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	2	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	<p>Es wird regelhaft nicht ausreichend sein, ausschließlich auf bereits in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung bestehende Leistungen zurückzugreifen, um für Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen die mit dieser Richtlinie verbundenen Versorgungsziele zu erreichen. Ein expliziter Verweis auf die Leistungen, die im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie eingesetzt werden können, sollte deswegen fest in der Richtlinie verankert werden. Dies schließt die im SGB V verankerten Leistungen sowie die in der Anlage festgesetzten Leistungsmodule mit ein. Bei der Wahl der Leistungen orientieren sich die an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen am Gesamtbe-</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						handlungsplan der Patient*in. Dieser wird regelmäßig und in Rücksprache mit den beteiligten Leistungserbringer*innen durch die Bezugsärzt*in/-psychotherapeut* in aktualisiert.	
9	2	KBV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV	Die zur Verfügung stehenden Interventionen werden damit konkretisiert.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			25	DGPT			
9	2	KBV	24	BVDP	Zustimmung zu Position KBV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	2	KBV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	2	KBV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position KBV	Um eine langfristige und kontinuierliche Versorgung, die über die bestehenden Versorgungsformen hinausgeht, zu gewährleisten, erscheint der Vorschlag der KBV sachgerechter. Siehe Begründung §1 Abs. 2.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	2	KBV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV	...die Ausformulierung und Auflistung der Leistungen durch die Verbundpartner (ermöglicht) eine Klarstellung: für die Leistungserbringer selbst, für die Bezugärzt:innen und die Bezugpsychotherapeut:innen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	2	GKV-SV, KBV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV und KBV	Siehe Kommentar zu § 7 Absatz 1 Satz 12	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die sich aus der Richtlinie ergebenden Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen werden durch den Bewertungsausschuss in seiner Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a SGB V vorgenommen; die

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Anlage dient der Konkretisierung der sich aus der vorliegenden Richtlinie ergebenden neuen Leistungen.
9	2	DKG, PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position DKG und PatV „keine Übernahme“		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	2	GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	2	DKG, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position DKG und 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.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 9 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	3	KBV, DKG, PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	<p>... Eine rechtzeitige Prüfung des Unterstützungsbedarfs des direkten Umfeldes ist nicht nur im Sinne einer ziel-führenden Prävention psychischer Erkrankungen bei Angehörigen relevant. Eine adäquate Unterstützung des familiären Umfelds kann sich auch positiv auf den Behandlungsverlauf und Genesungsprozess der Patient*in auswirken. Die BPtK betont, dass die Prüfung des Unterstützungsbedarfs unbedingt auch <i>weitere An- und Zugehörige</i>, wie Eltern oder Partner*innen, einschließen muss, die direkt von der Erkrankung der Patient*in betroffen sind. Ein reiner Fokus auf die Kinder psychisch kranker Eltern, wie im Formulierungsvorschlag des GKV-SV vorgesehen, ist nicht ausreichend.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	3	KBV, DKG, PatV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Die Prüfung der Hilfen nicht nur für Kinder, sondern auch von Angehörigen und anderen Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten ist sinnvoll, da es z. B. auch pflegebedürftige oder schwerkranke erwachsene Angehörige geben kann, mit deren Versorgung/Pflege eine Überforderung und Aufrechterhaltung der psychischen Erkrankung der Patientin oder des Patienten einher gehen kann.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			
9	3	KBV, DKG, PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV  Die Einbeziehung von Angehörigen ist besonders bei Kindern geboten		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	3	KBV, DKG, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Auch An- und Zugehörige bedenken		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	3	KBV, DKG, PatV	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Ein Aufzeigen und Vermitteln von Ressourcen außerhalb des Gesundheitssystems tragen wesentlich zur Stabilisierung 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.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	3	KBV, DKG, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV:  Angehörige mitaufführen		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	3	KBV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Dieses ist insbesondere dann notwendig, wenn die An- bzw. Zugehörigen gleichfalls psychisch erkrankt sind.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	3	KBV, DKG, PatV	28	UBSKM	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Angehörige können durch die psychischen Erkrankungen von ihnen nahestehender Personen belastet sein.  Gleichzeitig kann die sich die Unterstützung durch Angehörige positiv auf den Behandlungsverlauf der Patient*innen auswirken. Die Prüfung auf notwendige Hilfen und ggf. Weitervermittlung erscheint daher an dieser Stelle richtig.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	3	KBV, DKG, PatV	29	Diakonie, BeB	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Hier wird zu Recht auf die Einbeziehung anderer Hilfsangebote sowie auf die Prüfung, ob Hilfen für Kinder und 7 oder weitere An- und Zugehörige erforderlich sind, Bezug genommen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	3	KBV, DKG, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Die Betreuung und Versorgung von Angehörigen von psychisch Erkrankten mit Hilfsangeboten sehen wir als absolut notwendig an. Das können Lebenspartner, Ehegatten, Kinder, Eltern oder auch weitere Verwandte sein. Deshalb greift der Fokus auf Kinder an dieser Stelle zu kurz. Das Lebensumfeld der Versicherten ist sehr individuell, es können auch Freunde oder Nachbarn sein, die hauptsächlich das Umfeld des Versicherten bestimmen, bzw. diejenigen sein, die sich um die Belange des Versicherten kümmern.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	3		32	DVGP	<p>Vorschlag:</p> <p>Neufassung:</p> <p><i>„Die Patientin oder der Patient <b>ist</b> bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V <b>hinzuweisen hingewiesen werden.</b> Zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie <b>ist zu prüfen–soll–geprüft werden</b>, ob Hilfen für Kinder oder <b>andere</b> An- und Zugehörige der Patientin oder des Patienten erforderlich sind.“</i></p>	<p>Eine Soll-Vorschrift reicht angesichts des meist komplexen Versorgungsbedarfs an dieser Stelle nicht aus.</p> <p>Im Übrigen wäre z. B. an dieser Stelle eine umfangreiche Anpassung des Textes erforderlich, wenn die Trennung der SGB-V-Leistungen von allen übrigen Hilfen aufgehoben werden soll (vgl. die allgemeine Beurteilung zu Beginn dieser Stellungnahme).</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Sollten bereits Hilfen vorhanden oder Hilfeangebote bekannt sein, muss nicht zwingend erneut geprüft und hingewiesen werden.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Hinweise auf Angebote und Einrichtungen außerhalb des SGB V sollen bei Bedarf erfolgen; die Umwandlung der Soll-Vorschrift in eine Muss-Vorschrift entzieht der behandelnden Leistungserbringerin oder dem behandelnden Leistungserbringer den Entscheidungsspielraum.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	3	PatV, KBV	39	BDP	Maßnahmen aus dem SGB IX sind essentiell und sollten im Netzwerk von Anfang an Berücksichtigung finden <b>(Nicht nur als Hinweis!)</b> . Als sehr positiv erachten wir den Vorschlag, notwendige Hilfen für Kinder und Angehörige zu vorzuhalten.	Vgl. §3 Abs 4	<b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des potenziellen Maßnahmenkatalogs um Maßnahmen des SGB IX <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	3	KBV, DKG, PatV	40	DHS	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Die unter Abs. 3 angestrebte Möglichkeit, bei Bedarf auch auf Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V zu verweisen sowie zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie zu prüfen, ob Hilfen für Kinder oder An- und Zugehörige der Patientinnen und Patienten erforderlich sind, begrüßen wir ausdrücklich.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	3		41	APK	Vorschlag:  Hier sollte eine Weiterverweisklausel an Kinder- und Jugendpsychiater, Jugendämter, Schulämter u.a.m. aufgenommen werden.	Die Erforderlichkeit der Hilfen für Kinder kann nicht allein von einem Verbund (allenfalls mit Hilfe eines pflichtmäßig einzubeziehenden Kinderpsychiaters) fest-	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>gestellt werden, sondern berührt unmittelbar u.a. das SGB VIII.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Regelung zur Prüfung des Bedarfs an Hilfen für Kinder der Patientin oder des Patienten kann natürlich nicht ausschließlich durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß SGB V erfolgen. Jedoch ist es wichtig, dass hier eine gewisse Sensibilität geschaffen wird, dass ggf. ein Hilfebedarf besteht. Gleichzeitig ist eine Verpflichtung zur Einleitung weiterer Schritte abzulehnen, da die Autonomie der Patientin oder der Patienten nicht durch die Behandlung nach dieser Richtlinie beschnitten werden darf. Entsprechend müssen weitere Schritte zur Organisation der Hilfe immer mit der Patientin oder dem Patienten abgestimmt sein. Keine Änderung.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	3		42	BV Soziotherapeuten	<p>Vorschlag:</p> <p><del>„Die Patientin oder der Patient soll bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden. Im Rahmen der Gesamtplanerstellung sollen zusätzlich die Möglichkeiten von Hilfeangeboten außerhalb des SGB V berücksichtigt 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. Der Soziotherapeut / die Soziotherapeutin des Netzverbundes überprüft während der gesamten Versorgung nach dieser Richtlinie, ob und in welchem Maße Hilfen außerhalb des SGB V zusätzlich eingesetzt werden sollten.“</del></p>		<p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des potenziellen Maßnahmenkatalogs z.B. um Maßnahmen des SGB IX</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der G-BA hat begrenzte Möglichkeiten im Rahmen seiner Ermächtigungsgrundlage, die zwingend zu berücksichtigen sind. Grundsätzlich spielen die Hilfeangebote außerhalb des SGB V selbstverständlich bei der Versorgung schwer psychische erkrankter Menschen eine wichtige Rolle. Da umfassende Verantwortlichkeiten und Aufgaben für die Bezugsbehandler/-person vorgesehen werden, werden für diese Rolle ausschließlich Ärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen vorgesehen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V. Die von soziotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu erbringenden Leistungsinhalte werden ausschließlich in der Soziotherapie-Richtlinie festgelegt.</p>
9	3		43	DGKJ, DGSPJ	<p>Vorschlag:                      Deutlich stärker ausführen, wie Kinder psychisch kranker Eltern regelmäßig im Behandlungsverlauf der Eltern mitberücksichtigt werden.                      Trennung von 2 wesentlichen Punkten:                      1. Sind psychisch erkrankte Eltern ihren Erziehung- und Fürsorgeaufgaben</p>	<p>Kinder psychisch kranker Eltern sind eine Hochrisikogruppe. Eine Berücksichtigung der Kinder muss konkreter ausgeführt werden, sie muss kontinuierlich erfolgen.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.  <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>gewachsen? Gibt es andere Bezugspersonen, die kompensatorisch Aufgaben des erkrankten Elternteils übernehmen? Gibt es einen Hilfebedarf bei Erziehung und Fürsorge, der professionelle Unterstützung notwendig macht? Im letzten Fall ist es dann auch Aufgabe des Netzwerks, konkret zu diesen Hilfen zu vermitteln</p> <p>2. Sind Kinder selbst psychisch erkrankt oder von Erkrankung bedroht? In diesem Fall Vermittlung des Kindes zur diagnostischen Abklärung und ggf. in eine Behandlung</p> <p>3. Wenn für Kinder aus den unter 1. oder 2. genannten Gründen zusätzliche Hilfen stattfinden, sollte ein Austausch (mit Einverständnis der Eltern) zwischen den für das Kind installierten Hilfen/Behandlungen und dem Netzwerk des Erwachsenen ebenfalls verpflichtend sein</p>		<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Gerade weil Kinder psychisch kranker Eltern einem besonderen Risiko unterliegen selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, wurden diese explizit in § 9 Absatz 3 aufgeführt.</p>
9	3		47	CBP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV	Ein Aufzeigen und Vermitteln von Ressourcen außerhalb des Gesundheitssystems tragen wesentlich zur Stabilisierung und dem Recoveryprozess der Betroffenen bei. Dies sollte	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						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	3	KBV, DKG, PatV	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV  Ablehnung von Position GKV-SV	Die Prüfung der Hilfen für andere Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten ist sinnvoll, da es z. B. auch pflegebedürftige oder schwerkranke erwachsene Angehörige geben kann.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Zustimmung zur Aufnahme relevanter Bezugspersonen.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	3		55	DFPP	<p>Die Formulierung „...bei Bedarf auch auf Möglichkeiten oder Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen ...“ ist unzureichend.</p> <p><b>Bei Bedarf sollen formelle und informelle Hilfeangebote außerhalb des SGB V angeregt, initiiert und mitkoordiniert werden.</b></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des potenziellen Maßnahmenkatalogs um Maßnahmen außerhalb des SGB V.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Dem G-BA sind jedoch Grenzen bezüglich</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							der Ermächtigungsgrundlage für seine Entscheidungen gesetzt.
9	3		56	DDPP	Der Hinweis auf Angebote außerhalb des SGB V Bereichs muss erfolgen.	Angebote außerhalb des SGB V-Bereichs sollten Teil des Netzwerks bzw. der Kooperationspartner sein.	<p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des potenziellen Maßnahmenkatalogs um Maßnahmen außerhalb des SGB V.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§ 9 Absatz 4

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	4	GKV-SV	02	BPtK	Ablehnung von Position GKV-SV	...Eine regelhafte Anzeigepflicht gegenüber der Krankenkasse zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie schafft zusätzliche bürokratische Hürden. Dies behindert in erster Linie die Arbeit für und mit den Patient*innen. In Sinne des Patientenwohls ist die bürokratische Belastung im Netzverbund so gering wie möglich zu halten...	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbände würde das Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung konterkarieren. Da nur durch die Krankenkassen zweifelsfrei festgestellt werden kann, ob eine Versorgung durch mehrere Netzverbände erfolgt, ist der Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie den Krankenkassen anzuzeigen.</p>
9	4	GKV-SV	03	BfDI	Ablehnung von Position GKV-SV	Die Erforderlichkeit der vorgeschlagene Regelung „Der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund ist der zuständigen Krankenkasse durch den Bezugsarzt anzuzeigen“ ist nicht nachvollziehbar... Den Krankenkassen kommt insoweit keine	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbände würde das Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung konterkarieren. Da nur durch die Krankenkassen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Beteiligungsrolle an der Behandlung zu. Bei Beratungsbedarf der Versicherten kann der Versicherte entsprechende Information der jeweiligen Krankasse selbst mitteilen.	zweifelsfrei festgestellt werden kann, ob eine Versorgung durch mehrere Netzverbände erfolgt, ist der Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie den Krankenkassen anzuzeigen.
9	4-6	KBV, DKG, PatV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV („keine Übernahme“)	<b>DPV, BPM, SpiZ, BVDN, DGPT:</b> Regelungen an anderer Stelle.  <b>Alle:</b> Die Einschlusskriterien sind umfassend geregelt und müssen ohnehin dokumentiert werden.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			
9	4		16	DGSP	Verfahrensfragen gegenüber GKV-SV	Keine Doppelversorgung!	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	4		21	Dt. Caritasverband	Ablehnung von Position GKV-SV	Es ist kein Grund erkennbar, warum der Beginn der Versorgung der Krankenkasse gesondert angezeigt werden sollte. Eine solche Anzeige-	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbände würde das Ziel einer koordinierten und

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						pfllicht bedeutet nur eine bürokratische Belastung des Netzwerkverbunds.	strukturierten Versorgung konterkarieren. Da nur durch die Krankenkassen zweifelsfrei festgestellt werden kann, ob eine Versorgung durch mehrere Netzverbände erfolgt, ist der Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie den Krankenkassen anzuzeigen.
9	4-6	DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position DKG („keine Übernahme“)		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	4	GKV-SV	36	PIBB	Ablehnung von Position GKV-SV: Streichen	Hat sich im Rahmen der Selektivverträge als Hemmschwelle für die Versorgung erwiesen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbände würde das Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung konterkarieren. Da nur durch die Krankenkassen zweifelsfrei festgestellt werden kann, ob eine Versorgung durch mehrere Netzverbände erfolgt, ist der Beginn der Versorgung nach

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							dieser Richtlinie den Krankenkassen anzuzeigen.
9	4-5	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV („keine Übernahme“)		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	4	KBV, DKG, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV („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.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 9 Absatz 5

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	5	GKV-SV	02	BPtK	Ablehnung von Position GKV-SV	<p>Gesetzlich Kranke versicherte haben grundsätzlich das Recht auf eine freie Arztwahl. Dieses Recht darf durch das Antreten einer Versorgung innerhalb eines Netzverbundes nicht eingeschränkt werden. Patient*innen muss es auch während einer Behandlung im Netzwerk möglich sein, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Netzverbundes in Anspruch zu nehmen. So muss beispielsweise gewährleistet werden, dass bei Unzufriedenheit mit der Behandlung, den Behandelnden oder Nichtverfügbarkeit bestimmter Behandlungsleistungen durch Mitglieder des Netzverbundes auch Termine bei anderen Leistungserbringern*innen wahrgenommen werden können. Hierfür darf es nicht Voraussetzung sein,</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Etablierung berufsgruppen- und sektorenübergreifender Netzverbände soll der besseren Vernetzung und Verzahnung der bestehenden Behandlungsangebote dienen. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die von der Patientin oder dem Patienten bereits vor der Versorgung durch einen Netzwerkverbund in Anspruch genommen wurden, können in die Versorgung eingebunden werden, sofern sie auch den Gesamtbehandlungsplan anerkennen. Eine unkoordinierte Inanspruchnahme weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der an der</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						zunächst aus der Behandlung im Netzverbund auszuscheiden. Dies gilt auch dann, wenn sich diese Leistungen auf eine Diagnose nach § 2 Absatz 2 beziehen	Versorgung nach dieser Richtlinie festgelegten Fachrichtungen, würde das Ziel einer besseren Vernetzung konterkarieren.
9	5	KBV, DKG, PatV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV („keine Übernahme“)	Siehe § 9 Absatz 4	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			
9	5	GKV-SV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV	Verhinderung von parallelen Versorgungsstrukturen	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da zumindest begonnene Behandlungen mit Einverständnis und im Sinne der Patienten fortgesetzt werden können sollten.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	5	GKV-SV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position GKV-SV		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da zumindest begonnene Behandlungen mit Einverständnis und im Sinne der Patienten fortgesetzt werden können sollten.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
9	5	DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position DKG („keine Übernahme“)		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
9	5	GKV-SV	36	PIBB	Ablehnung von Formulierung GKV-SV: <i>„Die parallele Behandlung in gleichen fachspezifischen Netzverbänden ist ausgeschlossen.“</i>	Psychisch komplex Erkrankte brauchen oft eine komplexe somatische Mitversorgung wegen Komorbiditäten und sollten daher aus entsprechenden Netzverbänden nicht ausgeschlossen werden.	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Etablierung berufsgruppen- und sektorenübergreifender Netzverbände soll der besseren Vernetzung und Verzahnung der bestehenden Behandlungsangebote dienen. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die von</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							der Patientin oder dem Patienten bereits vor der Versorgung durch einen Netzwerkverbund in Anspruch genommen wurden, können in die Versorgung eingebunden werden, sofern sie auch den Gesamtbehandlungsplan anerkennen.
9	5	DKG, PatV, KBV	38	BAPP	Zustimmung zu Position DKG, PatV, KBV „keine Übernahme“		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	5	KBV, PatV, DKG	39	BDP	Wenn es eine parallele Behandlung zum Netzwerk gäbe, dürfte sie immer von Erkrankten intendiert sein. Ein solcher Fall sollte im Netzwerk erörtert und eine Einbettung der Parallelbehandlung in die Netzwerkbehandlung sollte primär versucht werden.	Netzwerkbehandelten darf der Weg zu Strukturen innerhalb der „normalen“ Versorgung nicht verwehrt werden. Auch die Netzwerkbehandlung kann z.B. nicht den Erwartungen der Erkrankten entsprechen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	5	GKV-SV	41	APK	Ablehnung von Position GKV-SV	Eine parallele Behandlung durch Teilnehmende an den Angeboten des Netzwerkverbundes und andere an	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>der Gesamtversorgung Beteiligte sollte möglich sein. Die Erfahrung mit den psychiatrischen Institutsambulanzen zeigt, dass der Ausschluss von Behandlungen z.B. durch niedergelassene Psychotherapeuten nicht sachgerecht und dem Behandlungsziel förderlich ist. Es sind zu viele Spezialfälle denkbar, die eine Parallelbehandlung zwingend notwendig machen, als dass dies wie von der GKV vorgeschlagen, ausgeschlossen werden dürfte.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Etablierung berufsgruppen- und sektorenübergreifender Netzverbände soll der besseren Vernetzung und Verzahnung der bestehenden Behandlungsangebote dienen. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die von der Patientin oder dem Patienten bereits vor der Versorgung durch einen Netzwerkverbund in Anspruch genommen wurden, können in die Versorgung eingebunden werden, sofern sie auch den Gesamtbehandlungsplan anerkennen. Eine unkoordinierte Inanspruchnahme weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der an der Versorgung nach dieser Richtlinie festgelegten Fachrichtungen, würde das Ziel</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							einer besseren Vernetzung konterkarieren.
9	4-5	KBV, DKG, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV („keine Übernahme“)		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
9	5	KBV, DKG, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV, DKG, PatV („keine Übernahme“)		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§ 9 Absatz 6

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	6	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	<p>Es ist davon auszugehen, dass die nach dieser Richtlinie behandelte Patientengruppe mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen in der Regel bereits vor Eintritt in den Netzverbund im Rahmen der Regelversorgung bei anderen Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen versorgt wird. Die Weiterbehandlung durch externe Leistungserbringer*innen kann sinnvoll sein, um die Behandlungskontinuität aufrechtzuerhalten. Es wäre fatal, wenn die Einführung der neuen Versorgungsform zu Behandlungsbrüchen bei diesen Patient*innen führen würde. Voraussetzung für eine Weiterbehandlung sollte jedoch sein, dass externe Leistungserbringer*innen in geeigneter Weise mit der Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in kooperieren. Hierfür</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						müssen sie den Gesamtbehandlungsplan anerkennen und sich bereit erklären, an den Fallbesprechungen teilzunehmen...	
9	6	KBV, DKG, PatV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV („keine Übernahme“)		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			
9	6	KBV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Hinweis		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	6	GKV-SV	21	Dt. Caritasverband	Ablehnung von Position GKV-SV	Der vom GKV-SV vorgeschlagene Regelungsinhalt des § 9 Absatz 6 ist bereits in § 4 Absatz 10 (Position KBV) enthalten, der von der Caritas unterstützt wird.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	6	DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position DKG („keine Übernahme“)		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
9	6	GKV-SV	32	DVGp	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, falls die Regelung hier und nicht in § 4 erfolgt (mit folgender Ergänzung)</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <p><i>„Während der Versorgung nach dieser Richtlinie kann die Versorgung durch diese in Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt <b>und der Patientin oder dem Patienten fortgesetzt werden.</b>“</i></p>	Die Einbeziehung der Patientin/des Patienten ist rechtlich geboten und fachlich sinnvoll.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>
9	6		36	PIBB	Vorher beteiligte Fachärztinnen/-ärzte oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sind in die Versorgung einzubeziehen und zu gemeinsamen Gesprächen einzuladen, sofern der Patient zustimmt.	Gewachsene kontinuierliche therapeutische Beziehungen sollten nicht durch neue Strukturen gefährdet werden.	<p><b>KBV:</b> Zustimmung zum Einbezug schon tätiger und von Patienten präferierter Therapeuten.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	6	GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV</p> <p>Vorschlag: Ergänzung:</p> <p><i>„Im Sinne der Kontinuität der Behandlung sind die bereits im Vorfeld an der Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die Versorgung nach dieser Richtlinie einzu beziehen. Während der Versorgung nach dieser Richtlinie kann die Versorgung durch diese in Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt <b>dem Bezugssoziotherapeuten oder der Bezugssoziotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten</b> fortgesetzt werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die dem Netzwerk nicht angeschlossen sind, den Gesamtbehandlungsplan anerkennen und sich bereiterklären an den Fallbesprechungen teilzunehmen.“</i></p>		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p><b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die nicht als Bezugstherapeuten vorgesehen werden.</p>
9	6	GKV-SV	47	CBP	Ablehnung von Position GKV-SV	Der vom GKV-SV vorgeschlagene Regelungsinhalt des § 9 Absatz 6 ist bereits in § 4 Absatz 10 (Position KBV) enthalten, der von CBP unterstützt wird.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	6	KBV, PatV	54	MEG	Zustimmung zu Position KBV und PatV		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV,DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
9	6	GKV-SV	56	DDPP	Verortung dieser Regelung hier oder in § 4 Abs. 4	Eine konzeptuelle vor allem aber auch personelle Kontinuität der Behandlung muss ermöglicht werden, da diese	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

Stand: 26.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						bei schwer oder komplex psychisch Kranken über einen längeren Zeitraum notwendig ist und auch die Fortführung nach Rückführung in die Regelversorgung sinnvoll gestalten hilft.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 9 Absatz 7

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	7	KBV, PatV	01	BÄK	Zustimmung zu Position KBV und PatV	<p>Insbesondere Patientinnen und Patienten mit (schweren) psychischen Erkrankungen können im Bedarfsfall von einer aufsuchenden Behandlung profitieren. Die aufsuchende Behandlung und damit der Einbezug des häuslichen Umfelds kann ein für die Patientin oder den Patienten äußerst wertvoller Behandlungsbaustein im Rahmen einer multimodalen Behandlung sein. Sie ermöglicht einen niedrigschweligen Zugang und kann, je nach Bedarf, durch verschiedene Leistungserbringer des Verbunds erbracht werden.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
9	7	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV	<p>....Aktuell ist eine aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Rahmen der Regelversorgung jedoch nur als stationsäquivalente psychiatrische Behandlung gemäß § 115d SGB V verfügbar. Voraussetzung hierfür ist das</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Vorliegen der Indikation für eine stationäre Behandlung.</p> <p>Aus Sicht der BPTK ist es daher von zentraler Bedeutung, die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung, das heißt eine Behandlung im häuslichen Umfeld der Patient*innen über die Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie hinaus, als Versorgungselement in der hier vorliegenden Richtlinie zu verankern. Dies entspricht auch den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“, nach denen eine aufsuchende Behandlung Teil der ambulanten Behandlung durch ein multiprofessionelles Team und über akute Krankheitsphasen hinaus verfügbar sein soll (DGPPN, 2019).</p> <p>Um aufsuchende Behandlung im Sinne eines stationsersetzenden Home Treatment, wie es die S3-Leitlinie</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						empfehl, zu ermöglichen, muss die aufsuchende Behandlung expliziter Bestandteil der Leistungen dieser Richtlinie sein. Die alleinige Auflistung dieses zentralen Behandlungsmoduls im Leistungskatalog der Anlage, wie von dem GKV-SV und der DKG angedacht, ist nicht ausreichend.	
9	7	KBV, PatV	08	AWO	Zustimmung zu Position KBV und PatV Den Hinweis auf die Möglichkeit aufsuchender Behandlung unterstützen wir.	Je nach Art und Schwere der psychischen Erkrankung kann eine Versorgung in der Häuslichkeit bzw. im unmittelbaren Lebensumfeld der Versicherten notwendig werden. Mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten können insbesondere Soziotherapie und Ergotherapie im Rahmen eines Hausbesuches oder etwa psychiatrische häusliche Krankenpflege erbracht werden.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV, PatV	09	DVSG	Das Aufführen der aufsuchenden Behandlung und Beratung ist ausdrücklich zu begrüßen. Auch das Einbinden	Die aufsuchende Arbeit ist je nach individuellem Bedarf	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					der gemeindepsychiatrischen Strukturen und Dienste ist wichtig.	wichtig als Baustein vorzuhalten und zu benennen.	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Eine aufsuchende multiprofessionelle Versorgung kann im Rahmen dieser Richtlinie nicht abgebildet werden; sofern hierfür Bedarf besteht ist eine stationsäquivalente Behandlung vorzusehen.</p>
9	7	KBV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV	Die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld entspricht einem zentralen Patientenbedürfnis und muss ermöglicht werden. <b>Alle außer DGPT:</b> Gerade die Berücksichtigung des Kindeswohls ist besonders wichtig.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			
9	7	KBV, PatV	15	DGVT	Zustimmung Position KBV und PatV	Die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden wird ausdrücklich begrüßt, weil damit die psychi-	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						atrischen Versorgungsstrukturen systematisch genutzt werden können.	
9	7	KBV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position KBV und PatV Vorschlag:  Zu 3. ...Stärkung der Beziehungsarbeit etc. Auch hier: Beachtung des Pat. Willen und gffs..Beachtung des Kindeswohls		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV,	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV mit Änderungsvorschlag:  <del>„...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.“</del>	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.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da eine Eignung des Lebensumfeldes für eine Behandlung grundsätzlich gegeben sein muss. Weitere Kriterien werden nicht festgelegt, z. B. muss die Sicherheit der Behandelnden ge-



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Auf Patientenwunsch ist das Lebensumfeld miteinzubeziehen, dies muss auch bei der zugehenden multiprofessionellen Behandlung im Lebensumfeld somit in jedem Einzelfall gegeben sein und darf nicht von Voraussetzungen abhängig gemacht werden (Eignung des Lebensumfelds). Eine netzwertherapeutische Leistung führt in der Regel zu Genesungsförderung des/der Betroffenen und Ihrem/dessen Umfeld. Durch eine Beurteilung der Eignung des Umfeldes zur Beteiligung werden sowohl der Patientenwille übergeben als auch mögliche Beziehungsabbrüche begünstigt. Dieser Ansatz wäre eine Weiterführung des verteten Verständnis von Behandlung im Bereich der seelischen Gesundheitsversorgung.</p>	<p>währleitet sein oder eine ungestörte Atmosphäre für therapeutische Gespräche.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	7	PatV KBV	22	BAG GPV	<p>Zustimmung zu Position PatV</p> <p>Zustimmung zu Satz 1 in der Formulierung KBV:</p> <p><i>(7) Patientinnen und Patienten können im Bedarfsfall eine aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld erhalten, um die Erreichung der Therapieziele sicherzustellen und die ambulante Behandlung zu ermöglichen.</i></p> <p><i>KBV: Dies kann insbesondere durch eine koordinierte Zusammenarbeit mit den jeweiligen gemeindepsychiatrischen Verbänden ermöglicht werden....</i></p>	<p>Die von der KBV hier vorgeschlagene koordinierte Zusammenarbeit mit den Gemeindepsychiatrischen Verbänden oder analogen Strukturen ist zu begrüßen. Abgelehnt werden muss aber die im Absatz erwähnte Koordination der aufsuchenden multiprofessionellen Therapie durch den/die Bezugsarzt/Ärztin. Hier ergibt sich ein klarer Widerspruch zu § 11. Abzulehnen ist auch die eingeschränkte Einbeziehung des Lebensumfelds durch die vorgesehene Eignung. Das Lebensumfeld muss stets einbezogen werden.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
9	7	KBV, PatV	27	BApK	<p>Zustimmung zu Position KBV und PatV</p> <p>Vorschlag:</p> <p><i>„...Voraussetzung für die Durchführung der multiprofessionellen Versorgung im Lebensumfeld ist die Eignung des Lebensumfeldes und die freiwillige Einwilligung der betroffenen An-</i></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<b>und Zugehörigen.</b> <i>Sofern Minderjährige im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten leben, ist das Kindeswohl besonders zu berücksichtigen.“</i>		<b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da nicht begründet wird, was mit einer „freiwilligen Einwilligung“ gemeint ist.
9	7	KBV, PatV	29	Diakonie, BeB	Zustimmung zu Position KBV und PatV	Der Hinweis auf die koordinierte Zusammenarbeit mit den jeweiligen gemeindepsychiatrischen Verbänden geht in die richtige Richtung. Dies gilt ebenso für die besondere Berücksichtigung der Belange von Kindern psychisch erkrankter Eltern. Die aufsuchende Therapie ist durch Recovery Ansätze und Empowerment zu ergänzen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV, PatV	30	SpiFa	Regelmäßige aufsuchende Versorgung durch soziotherapeutisches und krankenschwägerisches Personal kann sinnvoll sein. (SN S. 29)		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Eine aufsuchende Tätigkeit für soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							sowie Leistungserbringer der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist in den entsprechenden Richtlinien geregelt; es bedarf daher an dieser Stelle keiner weiteren Regelung.
9	7	KBV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV	Die Nennung der hauptsächlichen Aufgaben der aufsuchenden multiprofessionellen Therapie entspricht unserer Vorstellung von der Umsetzung dieser Richtlinie und einer zielgerichteten Versorgung der Versicherten.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position PatV	Aufsuchende Behandlung muss zwingend angeboten werden, siehe S3-Leitlinie.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV	32	DVGP	Zustimmung zur Formulierung KBV Satz 1 „Dies kann insbesondere durch eine koordinierte Zusammenarbeit	Die Zusammenarbeit mit Gemeindepsychiatrischen Verbänden ist sinnvoll, vgl. die allgemeinen Vorbemerkun-	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>mit den jeweiligen gemeindepsychiatrischen Verbänden ermöglicht werden.“</i>	gen. Die übrigen Ergänzungsvorschläge der KBV beinhalten unnötige, ggf. einengende Festlegungen.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV	Die aufsuchende multiprofessionelle Versorgung ist ein wichtiger Baustein und sollte durch alle Mitglieder des Netzverbundes möglich sein, also auch in Delegation durch den Bezugsbehandler. Diese Maßnahme ist wichtig als Brücke zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Sie kann stationsersetzend oder stationsvermeidend sein, aber auch die Indikationsstellung zur stationären Behandlung erleichtern. Der Leistungsanspruch ist bereits im Paragraphenteil zu verankern.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7		35	ackpa	Am Einzelfall orientierte Vorgehensweisen werden mit Patient*innen und ihren Bezugspersonen erarbeitet. Dies beinhaltet auch das Angebot von aufsuchenden Hilfen.	Anreize zur einseitigen Bereitschaft für aufsuchende Arbeit auf Seiten der Helfer sollten geschaffen werden, aber keine Pflicht, diese in	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						der Häuslichkeit zu empfangen und schon gar nicht in der Häufigkeit von Hausbesuchen oder Kontakten (siehe Tragende Gründe). Der Begriff der „Eignung“ des häuslichen Umfeldes ist entwertend und ausgrenzend und daher unbedingt zu streichen.	
9	7	KBV, PatV	36	PIBB	<p>Zustimmung zu Position KBV und PatV Vorschlag:</p> <p><del>„[KBV: Dies kann insbesondere durch eine koordinierte Zusammenarbeit mit den jeweiligen gemeindepsychiatrischen Verbänden ermöglicht werden. dies sollte durch Einbeziehung vorhandener gemeindepsychiatrischer Verbände oder anderer vorhandener Strukturen bereichert werden. Sie verfügen über umfassende Erfahrungen in der sozialtherapeutischen Versorgung/Krisenintervention und Verbesserung der Teilhabe durch aufsuchende Sozialarbeit.</del></p> <p>Die aufsuchende multiprofessionelle Therapie kann durch alle Mitglieder des Netzverbundes erfolgen. Diese ist</p>	<p>In den neuen Bundesländern gibt es andere gewachsene Strukturen in der gemeindenahen Versorgung, die in der RL berücksichtigt werden sollten. Die Versorgung im Lebensumfeld wird oft von Angehörigen und/oder Freunden der Patientinnen und Patienten übernommen. Siehe Die S3-LL –psychosoziale Versorgung. Diesen letzten Absatz streichen, da drängende psychosoziale Problem im Lebensumfeld oft die Symptomenlast eines Erkrankten bedingen und die Hilfen ins Lebensumfeld ausgeweitet werden müssen, damit medizinische Hilfen</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans...der in Zusammenarbeit mit den Verbänden, der Patientin/dem Patienten und Bezugärztin/-therapeutin weiterentwickelt und erweitert wird. Dies erfolgt in regelmäßigen Intervisionen/Besprechungen, an denen gewünschte Personen aus dem Lebensumfeld einbezogen werden können.“</i></p> <p>Psychosoziale Verbände und andere psychosoziale Träger können Hilfen für die Verbesserung zur Teilhabe am sozialen Leben geben.</p> <p>Sie können zu Leistungen aus anderen Rechtskreisen beraten und diese ggf. einleiten (Bundesteilhabe Gesetz, SGB II, III, IX, XI, XII), um eine optimale Teilhabe um zu setzen.</p> <p><del>„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.“</del></p>	<p>greifen können!! Systemische Psychotherapien können auch vor Ort erbracht werden.</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	7	KBV, PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position KBV und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV, PatV	39	BDP	Zustimmung zu Position KBV und PatV	Aufsuchende Angebote sind im Rahmen der Netzwerkbehandlung unbedingt zu ermöglichen. Nur so können schwer und komplex Erkrankte z.B. in Krisen angemessen versorgt werden.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV, PatV	41	APK	Zustimmung zu Position KBV und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7		44	GNP	Aufsuchende, multiprofessionelle Versorgung sollte als Leistungsanspruch definiert werden. Dies impliziert Maßnahmen des Supported Employment ebenso wie Behandlungen von Angehörigen.	Wir erachten die aufsuchende Behandlung als einen zentralen Baustein der Komplexbehandlung. Sie wird den Behandlungsbedarfen der Zielklientel gerecht, indem sie die individuellen Lebensbedingungen aufgreift und den Einbezug der Netzmitglieder ermöglicht.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Eine aufsuchende multiprofessionelle Versorgung kann im Rahmen dieser Richtlinie nicht abgebildet werden; sofern hierfür



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Zur Dokumentation ihrer Effizienz verweisen wir auf die einschlägigen Leitlinienempfehlungen.	Bedarf besteht ist eine stationsäquivalente Behandlung vorzusehen.
9	7	KBV, PatV	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV und PatV	Eine aufsuchende, multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld wird im Bedarfsfall als sinnvoll erachtet.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV, PatV	46	Dt. Alzheimer Gesellschaft	Zustimmung zu Position KBV und PatV	Insbesondere bei demenzerkrankten Personen ist es wichtig, dass auch das relevante soziale und betreuende Lebensumfeld einbezogen wird. Dies sollte auch entsprechend Erwähnung finden, damit die Bedeutung von z.B. Angehörigen sichtbar wird.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV, PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV und Änderungsvorschlag: <del>„...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</del>	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	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da eine Eignung des Lebensumfeldes für eine Behandlung grundsätzlich gegeben sein muss. Weitere

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>das Kindeswohl besonders zu berücksichtigen.]“</i></p>	<p>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. Auf Patientenwunsch ist das Lebensumfeld miteinzubeziehen, dies muss auch bei der zugehenden multiprofessionellen Behandlung im Lebensumfeld somit in 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 medizinische Personal vorab komplexe zwischenmenschliche Prozesse kategorisiert und ausschließt. Also eine</p>	<p>Kriterien werden nicht festgelegt, z. B. muss die Sicherheit der Behandelnden gewährleistet sein oder eine ungestörte Atmosphäre für therapeutische Gespräche.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Weiterführung des veralteten Verständnis von Behandlung im Bereich der seelischen Gesundheitsversorgung.	
9	7	KBV	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV	<p>Die Gewährleistung einer Aufsuchenden Hilfe im Bedarfsfall der Versorgung nach dieser Richtlinie trägt erheblich dazu bei, (wiederholte) stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Krisenhafte Entwicklungen der Behandlung können durch aufsuchende Hilfe aufgefangen werden.</p> <p>Sie bedeutet eine erhebliche Sicherheit für strukturschwache Patient*innen.</p> <p>Die Motivation und Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben aber auch an den im Gesamtbehandlungsplan abgestimmten Terminen kann durch aufsuchende Hilfe unterstützt werden.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	7	KBV, PatV	49	DVT	Zustimmung zu Position KBV und PatV	Wir befürworten ausdrücklich den Einbezug von aufsuchender multiprofessioneller Behandlung durch den Netzverbund in die Richtlinie. Dies ermöglicht die Weiterbehandlung von Patient*innen im Netzverbund und beugt einer stationären Behandlung vor, wenn Patient*innen nicht durchgehend in der Lage sind die ambulanten Behandlungsangebote des Netzverbundes aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen. Somit entspricht dieser Aspekt in besonderem Maße dem Ziel der Richtlinie.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV, PatV	54	MEG	Zustimmung zu Position KBV und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7		55	DFPP	Zustimmung zu Position KBV und PatV Additiv erscheint uns wichtig, dass auch andere Formen von Therapien	KBV/PatV haben aus Sicht der DFPP gut aufgezeigt, wie	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					möglich sind. Hierzu nennen sind Gruppentherapien oder auch Bibliothherapie.	aufsuchende multiprofessionelle Therapie aussehen kann.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
9	7	KBV, PatV	56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV und PatV Vorschlag zur Ergänzung: <i>„...Die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung muss Teil des Netzwerks sein.“</i>	Diese aufsuchende Leistung als (befristete) Möglichkeit zu integrieren, muss Ziel der Netzwerke sein. Nur so ist die Fixierung von Komplexleistung auf den Bereich der stationären Behandlung aufzuheben.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Die Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich berücksichtigt.

§ 9 Absatz 8 [neu]

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
9	8 (Neu)		56	DDPP	<p>Vorschlag:</p> <p>Absatz 8 (neu) <b>„Der Zugang zu Richtlinien-Psychotherapie muss Teil des Angebots sein.“</b></p>	<p>Ob die PatientInnen mit schwerer Erkrankung und komplizierenden Behandlungsbedingungen erreicht werden können, hängt i.W. von der angebotenen Beziehungsqualität ab. Umgekehrt hat diese PatientInnen-Gruppe oft erst im Rahmen einer Komplexbehandlung die Chance, die psychotherapeutische Leistungen zu bekommen, die in den einschlägigen Leitlinien für schwere psychische Erkrankungen auch im akuten und langfristigen Verlauf indiziert und wirksam sind und somit dringend empfohlen werden.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung; hierzu gehören auch die psychotherapeutischen Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie. Einer darüberhinausgehenden Regelung bedarf es daher nicht.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt unter Beachtung der Koordination der Versorgung im Rahmen der Richtlinie.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

**§ 10 Gesamtbehandlungsplan**

**§ 10 Absatz 1**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10			32	DVGP	(Grundsätzliche Bewertung)	Der Gesamtbehandlungsplan nach dieser Richtlinie und die Teilhabe-bzw. Gesamtplanung gemäß SGB IX stehen nahezu unverbunden nebeneinander; siehe unsere allgemeinen Vorbemerkungen zu dieser Richtlinie.	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.</p>
10			56	DDPP	<p>Vorschlag vor Absatz 1:</p> <p><b>„Der Gesamtbehandlungsplan wird nach den Maßgaben des Dialogs/ Tri-Dialogs erstellt. Ziel bleibt die maßgebliche Beteiligung des/r PatientenIn, die selbstverständliche Einbeziehung der nahen Angehörigen und die Stärkung von Autonomie und Selbstwirksamkeit.“</b></p>	Dieser psychotherapeutische Gesamtbehandlungsplan, der möglichst personelle, immer aber konzeptuelle Kontinuität erfordert und der bei den Netzverbund-Treffen ggf. modifiziert und an aktuelle Entwicklungen angepasst wird, ist	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen oftmals mehrere unterschiedliche Krankenbehandlungsmaßnahmen. Zu Beginn der Behandlung ist da-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>Ein psychotherapeutischer Gesamtbehandlungsplan, der die Problemlage des/r PatientIn abbildet und ein kontinuierliches konsensuell abgestimmtes Procedere einschließt, ist ein notwendiger Bestandteil der Komplexleistung. Arbeit mit und an der therapeutischen Beziehung ist bei schwer oder komplex und langfristig erkrankten Menschen ein zentraler Baustein und muss professionell erbracht werden.“</i></p>	<p>streng von einem organisatorischen Gesamtbehandlungsplan, wie er etwa auch in Kurkliniken angewendet wird, zu unterscheiden.</p> <p>Professionelle Arbeit an der Beziehung (Psychotherapie) und die Verbindung dieser Arbeit mit dem Umfeld des/r PatientIn ist aus unsrer Sicht der zentrale und langfristig wirksame Behandlungsschritt.</p>	<p>her ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan zu erstellen; psychotherapeutische Leistungen können Teil dieses Gesamtbehandlungsplans sein. Von einer Spezifizierung auf einen reinen psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan wird abgesehen. Die Erarbeitung des Gesamtbehandlungsplans soll in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und unter Einbezug u.a. relevanter Bezugspersonen erfolgen.</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die vorgeschlagenen Inhalte gehen in den konkreten Absätzen und den dazugehörigen Tragenden Gründen auf.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	1	DKG	01	BÄK	Zustimmung zu Position DKG	Der Gesamtbehandlungsplan muss obligat durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt erstellt werden (s. dazu auch Kommentar zu § 5 Absatz 1). Die Erstellung des für die Dauer der Behandlung und für alle Leistungserbringer verbindlichen Behandlungsplans kann nur durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt erfolgen. Die an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer und bei Bedarf relevante Bezugspersonen werden mit einbezogen. Der Behandlungsplan enthält alle für die Therapie benötigten Angaben.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Psychologische Psychotherapeuten können in enger Abstimmung mit ärztlichen Kollegen und Beachtung berufsrechtlicher Vorschriften auch den Behandlungsplan verantworten. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	1	PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position PatV	...Im Gesamtbehandlungsplan sollte, neben dem Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie Heilmitteln unbedingt auch den <i>Bedarf an Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege</i> im Gesamtbehandlungsplan	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						aufzuführen. Soziotherapeut*innen und Pflegefachpersonen, die psychiatrische häusliche Krankenpflege gemäß § 132a SGB V erbringen, sind gemäß § 3 Absatz 4 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.. Die von ihnen erbrachten Leistungen stellen einen zentralen Baustein der ambulanten Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Menschen dar. Im Zuge der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans sollte daher deren Erforderlichkeit dezidiert geprüft werden.	
10	1	KBV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV	<b>DPV, BPM, SpiZ, BVDN, DGPT:</b> Diese Regelung ergänzt die im § 1 Absatz 3.2	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
	13		BPM				
	19		SpiZ				
	20		BVDN				
	24		BVDP				

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			25	DGPT			
10	1		11	BFLK	Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum Bedarf an ärztlichen, ..., <b>psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie</b> sowie weiteren Heilmitteln.	Die pHKP und Soziotherapie gesondert aufführen, da keine Heilmittel.  Bei der Aufstellung des Gesamtbehandlungsplans sind die Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Abs. 2 Pflegeberufegesetz (Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses, die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege) zu beachten.	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
10	1	KBV	12	DGSPS	Zustimmung zu Position KBV „ <i>Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut</i> “		<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Be-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>ginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
10	1	GKV-SV, DKG, PatV	15	DGVT	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG und PatV</p> <p>Der Vorschlag dieser Gruppe ist umfassender und schließt auch externe Leistungserbringer*innen (z.B. aus</p>	<p>Bei der Regelung des Gesamtbehandlungsplanes ist die Anschlussfähigkeit an den Teilhabeplan nach § 19 SGB IX und den Gesamtplan</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					der Eingliederungshilfe) mit ein. Dabei ist ein Assessment Grundlage für den Gesamtbehandlungsplan. Die Einbeziehung von Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege kann im Einzelfall zwingend erforderlich sein und ist deshalb zu berücksichtigen (Vorschlag GKV-SV/PatV)	nach § 121 SGB IX zu berücksichtigen.	
10	1	GKV-SV, DKG, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG, PatV  ... Ergotherapie		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	1	GKV-SV, DKG, PatV	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG, PatV mit Änderungsvorschlag:  <i>„...Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum möglichen Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen, psychotherapeutischen sowie <b>psychiatrisch-pflegerischen</b> und <b>sonstigen pflegerischen Maßnahmen</b> und den Bedarf an Soziotherapie und <del>psychiatrischer Krankenpflege</del> <b>Ergotherapie.</b>“</i>	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 ex-	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Heilmittel (Ergotherapie) wurden ergänzt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						plizit genannt sind, wie Ergotherapeut_innen und Soziotherapeut_innen sind explizit zu benennen.	
10	1-2	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zur Formulierung PatV Vorschlag zur Ergänzung	Im Sinne der oben erwähnten regionalen und sektorübergreifenden Vernetzung muss der Gesamtbehandlungsplan mit dem Teilhabeplan nach SGB IX verknüpft sein.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.</p>
10	1	GKV-SV, DKG, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG und PatV Vorschlag:	Leider erleben wir Angehörige es immer wieder, dass Bezugspersonen, auch wenn sie dysfunktional sind, nicht mit einbezogen werden und	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>„Auf Basis <b>[GKV: der differentialdiagnostischen Abklärung]</b> wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt <b>[PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten]</b> erstellt. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie <del>bei Bedarf</del> relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln <b>[GKV-SV/PatV: , Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege]. Um eine spätere Koordination zu gewährleisten, wird eine Reihenfolgen der Maßnahmen vorgegeben.“</b></p>	<p>damit eine erfolgreiche Behandlung erschweren.</p> <p>Für eine erfolgreiche zeitliche Koordination ist, wenn sich bestimmte Maßnahmen gegenseitig ausschließen, eine Reihenfolgenvorgabe bzw. Priorität zu vergeben.</p>	<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Nicht immer ist der Einbezug von relevanten Bezugspersonen angezeigt oder auch vom Patienten gewünscht. Um auf die individuellen Patientenbedarfe reagieren zu können, erfolgen auch keine Vorgaben zur Festlegung einer Reihenfolge.</p>
10	1	PatV	29	Diakonie, BeB	<p>Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans sind an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie bei Be-</p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					darf relevante Bezugspersonen einzubeziehen (PatV). Der Behandlungsplan sollte dabei sinnvollerweise mit dem Teilhabeprozess nach SGB IX verschränkt werden, wenn Patient*innen entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen bzw. ein möglicher Unterstützungsbedarf erst noch zu ermitteln ist.		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.</p>
10	1		30	SpiFa	<p>Bei einem Leistungsträger mit den 4 erforderlichen Behandlungskompetenzen beginnt die umfassende Differentialdiagnostik immer sofort beim Erstkontakt und ist damit schon eingeleitet. Bei den hochbelasteten Patienten muss das Verfahren schlank und übersichtlich gehalten werden.</p> <p>Die Beteiligung des Patienten am Gesamtbehandlungsplan ist eine Selbstverständlichkeit, ebenso wie die Abstimmung desselben mit allen Betei-</p>		<p><b>GKV-SV, KBV DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>ligten, die haftungsrechtlich eigenständig arbeiten. Die Letztverantwortung liegt immer beim Bezugsarzt. Sie ist nicht teilbar. Das ist schon berufsrechtlich nicht möglich.</p> <p>Assessments etablieren sich bei sozialversicherungsrechtlichen Begutachtungen psychisch erkrankter Menschen. Häufig handelt es sich um über mehrere Tage hinziehende Fragebogen-gestützte Diagnostik, bevor der gutachterlich tätige Arzt gesehen wird. Vor derartigen Entwicklungen in der Regelversorgung kann nur gewarnt werden. Außerdem wird auf die Zumutbarkeitsgrenze für Patienten hingewiesen.</p>		
10	1 + 2	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Die Vorschläge der PatV entsprechen den Ausführungen, die bereits fortlaufend im Richtlinien-text von uns be-fürwortet wurden.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
10	1 Satz 1	Alle Versionen	32	DVGP	<p>Vorschlag:</p> <p>„... in Abstimmung mit ...“ ersetzen durch „... <b>in Abstimmung, soweit</b></p>	„Abstimmung“ ist zu unverbindlich, für das Gelingen eines solchen Plans ist die größtmögliche Einbeziehung	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die im Regelungstext gewählte Formulierung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>möglich in der Regel gemeinsam mit ...“</i>	und letztlich explizite Zustimmung des Patienten unabdingbar.	stellt sicher, dass die Patientin oder der Patient in die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans einbezogen wird. <b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Zustimmung des Patienten ist elementar, wird jedoch durch den Vorschlag nicht klarer geregelt.
10	1 Satz 3	GKV-SV, PatV	32	DVGP	Vorschlag zur Formulierung am Ende des Satzes:  <i>„... sowie den Bedarf an <del>Heilmitteln</del> Soziotherapie, <b>Ergotherapie</b> und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege.“</i>	Präzisierung der „Heilmittel“ ist zweckmäßig, Ergotherapie wurde vergessen.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Begriff „Heilmittel“ umfasst alle zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Heilmittel, einschließlich der Ergotherapie; von der vorgeschlagenen Präzisierung aus dem Grund der Einengung auf Ergotherapie abgesehen.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es sollen alle Formen der Heilmittel umfasst sein, deshalb wird auf die explizite Nennung eines (zwar elementaren) Heilmittelverfahrens verzichtet.</p>
10	1	KBV	33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV	Hier sind selbstverständlich auch Ärztliche und Psychologischen Psychotherapeut*innen zu nennen.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
10	1	GKV-SV, KBV	36	PIBB	<p>Vorschlag:</p> <p><i>„Auf der Basis..... Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum Bedarf an ärztlichen (<b>fachspezifischen</b>), <b>psychotherapeutischen, psychosozialen (z. B. Soziotherapie) und pflegerischen (pHKP) Maßnahmen sowie Heilmittelbedarf <del>pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an</del></b></i></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die vorgeschlagene Formulierung unterscheidet sich inhaltlich nicht wesentlich von der bisher im Regelungstext gewählten Formulierung; von einer Umformulierung wird daher abgesehen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<del>Heilmitteln [GKV-SV/PatV: , Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege.“</del>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Anregung ist den Beratungsprozess eingeflossen.</p>
10	1	PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Formulierung PatV		<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	1	PatV	39	BDP	Die Patientin oder der Patient ist genauso wie weitere an der Behandlung beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans zu beteiligen; die Verantwortung verbleibt jedoch bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten.	<p>Vgl. §3 Abs 4</p> <p>Psychotherapeutische Ziele können nur mit einem Konsens bzgl. Störungsverständnis und Behandlungsstrategie erfolgreich behandelt werden.</p>	<p><b>KBV:</b> Zustimmung zum beschriebenen Sachverhalt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	1	KBV	40	DHS	Zustimmung zu Position KBV	Wir unterstützen den partizipativen Ansatz/die partizipative Formulierung hinsichtlich der Einbeziehung der Leistungsberechtigten in Entscheidungsprozesse sehr und begrüßen deshalb die Bestrebungen, den individuellen, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteten Gesamtbehandlungsplan stets in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten zu erstellen. Dies würde maßgeblich zur Stärkung der Teilhabe der leistungsberechtigten Menschen beitragen.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
10	1	GKV-SV, DKG, PatV	41	APK	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV, DKG und PatV</p> <p>Dass die Patienten in die Erstellung des Behandlungsplans einbezogen werden sollten, muss erwähnt werden.</p>	<p>Hier fehlt ein Hinweis auf ggfs. einzubeziehende gesetzliche Betreuer bei den Wünschen der Patienten bzw. der Einschätzung des Patienteninteresses...</p> <p>Entscheidend ist, dass auch die Möglichkeit zur umfassenden somatischen Diag-</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>nostik innerhalb des Netzverbundes möglich ist. Eine Trennung der verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsbedarfe ist nicht sinnvoll und häufig auch kaum möglich. Entsprechend sollte die Koordination auch in ärztlicher Hand liegen.</p>	
10	1	KBV	42	BV Soziotherapeuten	<p>Zustimmung zu Position KBV  Vorschlag: Ergänzung:  <i>„Auf Basis der Differentialdiagnostik wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein individueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteter Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten <b>dem Bezugssoziotherapeuten oder der Bezugssoziotherapeutin</b> soweit Berufsrechtlich oder vertragsarztrechtlich erforderlich unter Abstimmung mit einem Arzt unter Einbeziehung von den an der Behandlung beteiligten Leistungserbrin-</i></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Die Anregung ist den Beratungsprozess eingeflossen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>gerinnen und Leistungserbringern sowie von Bezugspersonen erstellt. Der Gesamtbehandlungsplan enthält insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen <b>Maßnahmen und psychosozialen Hilfen</b> sowie die Verordnung von Heilmitteln.“</i>		
10	1	PatV	47	CBP	Zustimmung zu Position PatV mit Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:  <i>„.....Der Gesamtbehandlungsplan enthält Angaben zum möglichen Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen, psychotherapeutischen sowie psychiatrisch-pflegerischen und sonstigen pflegerischen Maßnahmen und den Bedarf an <b>Heilmitteln</b> [GKV-SV/PatV: Soziotherapie und <del>psychiatrischer Krankenpflege</del> <b>und Ergotherapie</b>].“</i>	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.	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Es sollen alle Formen der Heilmittel umfasst sein, deshalb wird auf die explizite Nennung eines (zwar elementaren) Heilmittelverfahrens verzichtet.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	1	KBV	48	DPtV	<p>Zustimmung zu Position KBV</p> <p>Aufsuchende Hilfe als expliziter Bestandteil der Versorgung nach dieser Richtlinie, koordiniert durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten ist ein unverzichtbarer Bestandteil des Versorgungsangebotes.</p>	<p>Bezugspsychotherapeut*innen stellen aufgrund einer vorangegangenen Differenzialdiagnostik den individuellen Behandlungsplan in Abstimmung mit den Patient*innen. Sie verfügen über die Kompetenz die im Rahmen der Versorgung dieser Richtlinie notwendigen Maßnahmen in einem Gesamtbehandlungsplan zu erfassen, zu verordnen, zu koordinieren und zu überwachen. Der in der KV- Region Nordrhein praktizierte NPPV (Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) des Innovationsfond, mit dem Ziel die Behandlung von Menschen mit psychischen oder neurologischen Erkrankungen zu verbessern, ist ein Beispiel für eine gelingende Versorgung unter maßgeblicher Beteiligung von Bezugspsychotherapeutinnen als gleichberechtigte Netzmitglieder. Die Einbeziehung somatischer</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Befunde in Indikationsstellung Behandlungsplanung und -Durchführung ist für diese Fachgruppe längst gelebte Praxis und über den Konsiliarbericht zu Beginn einer psychoth. Behandlung sozialrechtliche verankert. Auch die Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer nennt die verpflichtende Einbeziehung relevanter somatischer Befunde durch Psychologische Psychotherapeut*innen.	
10	1		55	DFPP	Der Gesamtbehandlungsplan (GPB) muss neben ärztlicher oder psychotherapeutischer Diagnostik auch Funktionseinschränkungen, Vulnerabilitäten, Alltagsprobleme, soziale Situation, Umfeld sowie Ressourcen des Nutzenden erfassen.		<p><b>KBV:</b> Zustimmung zum beschriebenen Sachverhalt, der allerdings nicht in den Wortlaut der Richtlinie aufgenommen werden sollte.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Richtlinie definiert Mindestvorgaben für die Inhalte des Gesamtbehandlungsplans, die „insbe-</p>

Stand: 26.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							sondere“ enthalten sein sollen. Von einer weiteren inhaltlichen Konkretisierung wurde abgesehen, da mitunter jeweils patientenindividuell andere Parameter von Interesse sind.

§ 10 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	2	KBV, PatV	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV und PatV	In Übereinstimmung mit der bereits geführten Argumentation betont die BPtK auch an dieser Stelle, dass ärztliche und Psychologische Psychotherapeut*innen die Rolle als Bezugspsychotherapeut*in übernehmen können. Abstimmungen bezüglich notwendiger Änderungen des Gesamtbehandlungsplans haben deswegen mit der Bezugärzt*in bzw. mit einer Bezugspsychotherapeut*in zu erfolgen (vgl. § 5 Absatz 1).	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	2	KBV, PatV	12	DGSPS	Zustimmung zu Position KBV, PatV „Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut“		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	2	KBV, PatV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV, PatV	<b>BPM, SpiZ, BVDN:</b> siehe vorangegangene Begründungen zum Einbezug	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
			13	BPM			
			19	SpiZ			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			20	BVDN		der approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			24	BVDP			
10	2		16	DGSP	Zustimmung Beachtung des Pat-Willen hinzufügen		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	2	PatV	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position PatV	Der Gesamtbehandlungsplan ist kein statisches Erhebungsmittel. Bedarfe 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	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Leistung nicht personen-, bedarfs- und fallspezifisch.	
10	2	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zur Formulierung PatV mit Ergänzung  Vorschlag:  <i>„Im Sinne der oben erwähnten regionalen und sektorübergreifenden Vernetzung muss der Gesamtbehandlungsplan mit dem Teilhabeplan nach SGB IX verknüpft sein.“</i>		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Die Anregung ist in Beratungsprozess eingeflossen.
10	2	KBV, PatV	25	DGPT	Zustimmung zu Position KBV und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	2	KBV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position KBV und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	1 und 2	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Die Vorschläge der PatV entsprechen den Ausführungen, die bereits fortlaufend im Richtlinienentwurf von uns befürwortet wurden.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	2		32	DVGP	Vorschlag:  <i>„... und dem Patienten bzw. der Patientin zu erfolgen.“</i>	s.o.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Die Zustimmung des/der Patienten/-in ist unbedingbar.  <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans basiert immer auf Rückmeldung der Patientin oder des Patienten, entsprechend ist ein kontinuierlicher Austausch mit der Patientin oder dem Patienten Grundlage für die gesamte Behandlung.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	2		36	PIBB	Vorschlag zur Ergänzung:  <i>„...Der Gesamtbehandlungsplan wird in Abstimmung zwischen allen Beteiligten (Patientin/LE/Bezugsärztin /TH) bei Bedarf weiterentwickelt, geändert, ergänzt. Die Bezugärztin koordiniert die erforderliche Kommunikation.“</i>	Die Erfahrung bei der Zusammenarbeit in einem Netz zeigt, dass Impulse zur Änderung/Anpassung des Behandlungsplans von allen Beteiligten ausgehen können und dass dies ein Prozess ist, der eine gute Kommunikation erfordert, die in „einer Hand“ liegen muss, damit er erfolgreich ist. Dabei sind die individualisierten Therapieziele immer wieder zu evaluieren.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Aus der vorgeschlagenen Formulierung würde sich keine inhaltliche Veränderung ergeben.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt wobei auch psychologische Psychotherapeuten den Behandlungsplan fortschreiben können sollten.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Anregung ist den Beratungsprozess eingeflossen.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
10	2		42	BV Soziotherapeuten	Ablehnung von § 2		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Absatz regelt die Verbindlichkeit des Gesamtbehandlungsplans und</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							das Vorgehen bei ggf. notwendigen Anpassungen. Eine entsprechende Regelung ist erforderlich, da im Gesamtbehandlungsplan die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen aufeinander abgestimmt werden.
10	2		47	CBP	Zustimmung zu Position KBV und PatV Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV	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.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	2	KBV, PatV	48	DPtV	Zustimmung zu Position KBV und PatV	Bezugspsychotherapeut*innen übernehmen ebenso wie Ärzte/Ärztinnen die Erstellung des Gesamtbehandlungsplan und koordinieren die Umsetzung. Das ist nur möglich, wenn Änderungen fachlich begründet abgestimmt werden.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
10	2		55	DFPP	Der GBP soll mit dem Klienten/der Klientin erarbeitet und abgestimmt werden, abgestimmt wird auch die Frequenz der Überprüfung.		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Abstimmung des Gesamtbehandlungsplans mit der Patientin oder dem Patienten ist in Absatz 1 geregelt.</p>

§ 10 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	3	GKV-SV, KBV, DKG	02	BPtK	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV und DKG	Psychische Erkrankungen gehen oft mit somatischen Komorbiditäten einher, die den Krankheitsverlauf mitbestimmen und sich auf den Versorgungsbedarf der Patient*innen auswirken. Bei Bedarf soll ...auch die somatische Abklärung und die Behandlungsnotwendigkeit somatischer Komorbiditäten in den Gesamtbehandlungsplan aufgenommen werden. Die Behandlung etwaiger somatischer Komorbiditäten ist nicht Gegenstand der Versorgung nach dieser Richtlinie. Ein enger Austausch zwischen Bezugsarzt*in oder -psychotherapeut*in und behandelnden Facharzt*innen, die nicht Teil des Netzverbands sind, ist jedoch zentral für den Genesungsprozess der Patient*in und sollte entsprechend in den Gesamtbehandlungsplan aufgenommen werden.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	3	GKV-SV, KBV, DKG	07	DPV	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV und DKG	Bei der Nennung der weiteren Maßnahmen zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um notwendige Ergänzungen, um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen.  Die Position der PatV mit Einführung einer „koordinierenden Bezugsperson“ kann an dieser Stelle entfallen, da dies an anderer Stelle geregelt ist.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
10	3	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV  Abklärung somatischer Komorbidität beachten!		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	3	GKV-SV, KBV, DKG	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV und DKG	Da schwere psychische Erkrankungen in vielen Fällen mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, ist im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes auch der Bedarf an Behandlungen	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						von somatischen Erkrankungen im Behandlungsplan zu erfassen.	
10	3	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zur Formulierung PatV Vorschlag zur Ergänzung zu Satz 3: <i>„Die koordinierende Bezugsperson wird aus dem Kreis der an der Behandlung beteiligten ärztlichen oder nicht-ärztlichen Leistungserbringer des Netzverbundes benannt und soll dem Patienten oder der Patientin möglichst schon vertraut sein. <b>Im oben beschriebenen Sinne muss die Koordinierende Bezugsperson nicht zwangsläufig aus Einrichtungen des Netzverbunds bestimmt werden. In einem solchen Fall wäre die Leistung dennoch über diese Richtlinie nach SGB V zu vergüten.</b>“</i>		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird aufgrund grundlegender leistungsrechtlicher Abgrenzungsprobleme nicht gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	3	GKV-SV, KBV, DKG	25	DGPT	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV und DKG	Bei der Nennung der weiteren Maßnahmen zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um notwendige Ergänzungen, um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Die Position der PatV mit Einführung einer „koordinierenden Bezugsperson“ kann an dieser Stelle entfallen, da dies an anderer Stelle geregelt ist.	
10	3	GKV-SV, KBV, DKG	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV und DKG		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	3	PatV	29	Diakonie BeB	Zustimmung zu Position PatV	Der Hinweis auf die Notwendigkeit der koordinierenden Bezugsperson ist aus Sicht der Diakonie wichtig und zu unterstützen. Hier sind auch Mitarbeitende der Suchtberatungsstellen zu nennen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	3	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Die Formulierung der PatV bezieht den Patienten beim Gesamtbehandlungsplan und bei der Benennung der koordinierenden Bezugsperson mit. Der Einbezug des Patienten ist für die Durchführung der Behandlung und	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Erreichung von Zielen unerlässlich.	
10	3	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zu Satz 1: <i>„Wesentlicher Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist <del>in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin</del> auch die Benennung einer koordinierenden Bezugsperson für die Umsetzung des Behandlungsplans <b>mit Zustimmung des Patienten oder der Patientin.</b> ...“</i>	Wunsch- und Wahlrecht der Patienten, eine Benennung der Bezugsperson ohne Zustimmung hätte keine Erfolgsaussicht.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	3	PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV allerdings ist die Abstimmung mit dem/der Patienten/Patientin nicht ausreichend, hier ist ihre <b>Zustimmung</b> erforderlich.	Für einen erfolgreichen Prozess ist die Zustimmung des/der Patient*in unabdingbar.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	3	PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	3	PatV	41	APK	Zustimmung zu Position PatV	Der Funktion koordinierende Bezugsperson kommt bei komplexen Behandlungsbedarfen eine zentrale Bedeutung bei. Sie hat sich in regionalen Projekten und IV-Verträgen bewährt.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt im Rahmen der Koordination der Versorgung durch den Bezugsarzt bzw. -therapeuten. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	3	PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt im Rahmen der Koordination der Versorgung durch den Bezugsarzt bzw. -therapeuten. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	3	GKV-SV, KBV, DKG	47	CBP	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV und DKG	Da schwere psychische Erkrankungen in vielen Fällen mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, ist im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes auch der Bedarf an Behandlungen	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						von somatischen Erkrankungen im Behandlungsplan zu erfassen.	
10	3	GKV-SV, KBV, DKG	52	IGPS	Zustimmung zu Position GKV-SV, KBV und DKG Ablehnung von Position PatV	Bei der Nennung der weiteren Maßnahmen zur erweiterten differentialdiagnostischen und somatischen Untersuchung handelt es sich um notwendige Ergänzungen, um die Gesamtbehandlung des Patienten zu berücksichtigen. Insbesondere bei Patienten mit somatischer Komorbidität (z.B. Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen).	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§ 10 Absatz 4

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	4		16	DGSP	Zustimmung		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	4		21	Dt. Caritasverband	Zustimmung Vorschlag: Der Kriseninterventionsplan sollte in „ <b>Krisen-Recovery und Genesungsplan</b> “ umbenannt werden.	Es sollte Krisen – Recovery und Genesungsplan heißen, um auch den Aspekt der Weiterentwicklung durch Krisen zu erfassen.	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da sich inhaltlich primär das akute Management und Vereinbarungen zum jeweiligen Verhalten in Krisensituationen widerspiegeln sollte. Es obliegt den Beteiligten vor Ort weitere Elemente wie vorgeschlagen in den Kriseninterventionsplan aufzunehmen.
10	4		29	Diakonie BeB	Aus Sicht der Diakonie sollte der Kriseninterventionsplan auch Angaben dazu erhalten, wie die Patient*innen die Ansprechpartner*innen für Krisensituationen aus dem Netzwerk kontaktieren können und wie schnelle Hilfe rund um die Uhr erreicht werden		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Übernahme der Erreichbarkeit einer Ansprechpartnerin oder Ansprech-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					kann. Zeigen sich hierbei Versorgungsdefizite sind diese an die KV zu melden.		partners in Krisensituationen in die Tragenden Gründe.
10	4		39	BDP	Wie verweisen hier auf unsere Anmerkungen § 5 Abs. 4; die gesonderte Erstellung eines Krisenplanes ist zu wichtig und dabei sind z.B. Krisenbetten für die Nacht oder Wochenendhilfen in Kooperation mit (teil)stationären Strukturen/Betreutem Wohnen oder sonstige psychosoziale Strukturen oder Krisendienste zu integrieren.	Vgl. §5 Abs 4	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Aufbau von Parallelstrukturen zu stationären Einrichtungen wird nicht als zielführend erachtet.
10	4		41	APK	Vorschlag: Ergänzung:  Wichtig wäre, dass im Rahmen des Kriseninterventionsplans bei ggfs. stationären Kriseninterventionen die Krankenhäuser die Falldefinition nicht völlig neu aufrollen, sondern sich an den vorher vereinbarten Krisenplan halten und die Behandlungsleitung beim Bezugsarzt verbleibt. Das sollte in irgendeiner Form kodifiziert werden.		<b>KBV:</b> Zustimmung zur Problembeschreibung und Berücksichtigung ggf. in Kooperationsverträgen der teilnehmenden Klinik mit dem Netzverbund.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Stand: 26.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
10	4	PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10	4		47	CBP	Zustimmung	Es sollte Krisen – Recovery und Genesungsplan heißen	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

**§ 11 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
11		KBV	02	BPtK	<p>Zustimmung zu Position KBV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <p><b>„... 7. bei Bedarf Kontaktaufnahme und Austausch mit Einrichtungen nach § 4 Absatz 5 zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.“</b></p> <p>Vorschlag:</p> <p>...zusätzlich die <b>Kontaktaufnahme und den Austausch mit Einrichtungen nach § 4 Absatz 5 zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen</b> als Koordinationsaufgabe aufzunehmen. Dies schließt weitere Berufsgruppen und Einrichtungen außerhalb des SGB V mit ein, wie z. B. Suchtberatungsstellen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe....</p>	<p>... Die Koordination der Versorgung muss im Kern über die Bezugst*in/-psychotherapeut*in erfolgen. Im Regelungsentwurf zu § 11 ist ...u. a. vorgesehen, dass die Koordination der Versorgung die Vernetzung mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer*innen beinhalten soll. Diese Anforderungen an die Koordination sind nicht, wie im Vorschlag des GKV-SV vorgesehen, von einer nicht-ärztlichen Person zu leisten. Denkbar ist jedoch, dass je nach individuellem Behandlungs- und Koordinationsbedarf der Patient*in Teile der Koordinationsaufgaben an andere Berufsgruppen übertragen werden können.</p> <p>Gegen den Regelungsvorschlag des GKV-SV spricht auch, dass das <i>Nachhalten</i></p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der G-BA kann in seiner Regelungskompetenz nur Bindungswirkung an die Adressaten gemäß § 91 Absatz 6 SGB V entfalten, d. h. an die Träger des Gemeinsamen Bundesausschusses, deren Mitglieder und Mitgliedskassen, Versicherte und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird im Grundsatz gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, wie vom GKV-SV als Koordinationsaufgabe vorgesehen, den Rahmen des in der Praxis Leistbaren sprengt. Wie im Vorschlag der KBV formuliert, sollte es jedoch zentrale Koordinationsaufgabe sein, die Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans zu überprüfen...	
11		KBV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV	Praxisnahe Formulierung	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
	13		BPM				
	19		SpiZ				
	20		BVDN				
	24		BVDP				
	25		DGPT				
11			11	BFLK	Die Übernahme der Koordination durch psychiatrische Pflegefachpersonen sollte möglich sein (z.B. wenn Krankenhaus den Bezugsarzt stellt)		<p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Im Falle der Übernahme der Rolle der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>durch eine psychiatrische Institutsambulanz des Krankenhauses muss auch die Koordinationsfunktion durch diese Einrichtung sichergestellt werden. Pflegefachpersonen können in diesem Fall die Koordination übernehmen, sofern sie über eine fachspezifische Zusatzqualifikation, die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Störungen belegt, oder über eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von psychisch Erkrankten verfügen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Teile der Koordinationsaufgaben können delegiert werden.</p>
11		KBV, PatV	12	DGSPS	Zustimmung zu Formulierung KBV, PatV „ <i>Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut</i> “	Der Schutz der persönlichen Daten des Patienten ist auch in der koordinierten Versorgung zu gewährleisten	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
11		PatV	15	DGVT	<p>Zustimmung zu Position PatV</p> <p>Dieser Vorschlag berücksichtigt am stärksten die Belange und Wünsche</p>		<p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Bedeutung der Wortwahl um</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					des chronisch erkrankten Menschen, der diese Leistungen benötigt. Insbesondere die in den anderen beiden Vorschlägen formulierten „Kontrollmechanismen“ („Termintreue“) können bei chronisch psychisch kranken Personen Reaktanz-Reaktionen provozieren. Notwendig sind jedoch vertrauensbildende Maßnahmen, um einen Behandlungserfolg zu erreichen.		nicht beabsichtigte Zurücksetzungen der Adressaten auszuschließen.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV	Differenziert und umfassend	<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		KBV, DKG	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV und DKG Vorschlag zu Nr. 1: Übernahme Formulierung PatV  <i>„1. die Vernetzung und Sicherstellung der Kommunikation mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern.“</i>	Bei den Koordinationsaufgaben ist vor allem die Sicherstellung der Adhärenz und Compliance der Patient_innen von hoher Relevanz für den Therapieerfolg.  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 Behand-	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						lung führen könnte; statt eines verpflichtenden Turnus muss auf die Situation im Einzelfall abgestellt werden.	
11		PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV	Die Beschreibung der koordinierenden Tätigkeiten ist umfassend und knüpft an bewährte gemeindepsychiatrische Standards an.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
11		KBV, DKG	27	BAPK	Zustimmung zu Position KBV und DKG Zustimmung zu Position KBV „...oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten...“	Stringente Formulierung und passend zu dem § 6	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.
11		PatV	29	Diakonie, BeB	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11			30	SpiFa	Hier offenbaren sich die sich abzeichnenden Grenzen durch die häufig eingeschränkte Mitwirkungsfähigkeit oder -willigkeit der avisierten Patientenpopulation. Die Abgrenzung zur sozialen Betreuung außerhalb des Regelungsbedarfs des SGB V wird hier sehr unscharf.  Die Forderung des obligaten Aufsuchens von Patienten in der häuslichen Umgebung mindestens einmal im Quartal kondensiert beispielhaft die		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Vernachlässigung des Patientenwillens und -bedarfs in der Gesamtkonstruktion.</p> <p>Auch andere bedrängende Maßnahmen werden gerade von der hier avisierten Patienten-gruppe häufig nicht toleriert. In der Konsequenz entziehen sich Patienten dann den Behandlungen.</p>		
11		PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Wir unterstützen die Aufführung der Bedarfsleistungen zum Kontakt mit dem Patienten im häuslichen Umfeld / Lebensumfeld und die Kontaktaufnahme mit weiteren Einrichtungen. Die Behandlungsverläufe der einzelnen Patienten sind sehr individuell, daher sollte die Möglichkeit bestehen, dass diese Leistungen durchgeführt werden können.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		PatV	32	DVGVP	<p>Zustimmung zu Position PatV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:  <i>„4. Organisation des Informationsaustausches aller an der Behandlung und</i> </p>	Diese Version bildet gemeindepsychiatrische Erfahrungen mit erfolgreicher Leistungskoordination am besten ab.	<b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des Maßnahmen-spektrums um Elemente des Einbezugs von Bezugspersonen oder weiterer Hilfen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>allen weiteren Hilfen beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer durch regelmäßige Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 1 Nr. 9“</i></p> <p><i>„6. bei Bedarf das Führen von Gesprächen mit relevanten Bezugspersonen im Lebensumfeld gemeinsam mit der Patientin oder <del>des dem</del> Patienten,“</i></p>	<p>Zu Ziffer 4: Die rechtskreisübergreifende Einbeziehung aller Leistungen wäre zumindest ein Schritt hin zu einem umfassenden Case Management; vgl. die grundsätzliche Bewertung der Richtlinie zu Beginn dieser Stellungnahme.</p> <p>Zu Ziffer 6: Präzisierung, dass die Patientin oder der Patient in aller Regel an solchen Gesprächen beteiligt sein sollen</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
11			33	bvvp		<p>Die Aufgabenbereiche bzw. Begrifflichkeiten „Behandlungsplanung durch den Bezugsbehandler“ und „organisatorischer Koordination im Netzverbund“ werden sich auch mit Blick auf das Vertrauensverhältnis zu Patient*innen nicht immer ganz klar abgrenzen lassen. Die Behandlungsplanung und -übersicht ist genuine Aufgabe des Bezugsbehandlers. Dieser wird auch manches Gespräch im Netzverbund</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						führen müssen. Dennoch muss er Teile der organisatorischen Koordination, je nach Bedarf und unter Berücksichtigung der im individuellen Fall einbezogenen Berufsgruppen, delegieren können. Auch hier ist auf niederschwellige Mindestkriterien zu achten, wie die Koordination geregelt und delegiert werden kann.	
11		PatV	34	Dt. PaWo	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		GKV-SV	35	ackpa	Die Vorgehensweise ist unter den Prinzipien von maximaler Flexibilität und Personen-/ Kontextorientierung mit den Patient*innen und Bezugspersonen in geeigneten Formen von Netzwerkgesprächen zu vereinbaren und im Behandlungsprozess anzupassen.	Detaillierte Vorgaben sind inakzeptabel, da in Abhängigkeit von Bedarf und Bedürfnis von Patient*innen und Kontext im Verlauf zu entscheiden ist. Gesamtplanungen sind sperrige Konstrukte, die dieser Aufgabe nicht gerecht werden können.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
11	Nr. 6	alle	36	PIBB	<p>Nr. 6: Änderungsvorschlag:</p> <p><b>„6) Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin/dem Patienten z.B. wöchentliche Telefonate, SMS, Mails, oder persönlich zur Förderung der Adhärenz und Resilienz.“</b></p>	<p>Die Koordination und Bezugstherapeut ist unserer Erfahrung nach in „einer Hand“ zu belassen.</p> <p>Die praktische Umsetzung der Koordinierungsaufgaben erfordert Fachkenntnisse, die nur durch den Bezugstherapeuten aus unserer Erfahrung erbracht werden können.</p> <p>Die Koordination erfordert aus unserer Erfahrung Nähe und eine vertrauensvolle Arzt/Therapeut-Patient Beziehung!</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „7. Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit der Patientin oder dem Patienten,“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
11	Nr. 7	PatV	36	PIBB	Zustimmung zu Formulierung PatV, Nr. 7	Hier bilden sich die SGB-rechtskreisübergreifenden Leistungen ab, deren Koordination bedeutend für das Gelingen einer komplexen Behandlung mit dem Ziel einer Verbesserung der Teilhabe ist.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „8. Kontaktaufnahme und den Austausch zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.“</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Erweiterung des Maßnahmenpektrums um Elemente des</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							Einbezugs von Bezugspersonen oder weiterer Hilfen. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		GKV-SV, PatV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV und PatV	Die Koordination der Versorgung obliegt dem/der Bezugsarzt/Bezugsärztin und kann weder durch Psychotherapeut*innen noch durch nichtärztliche Personen realisiert werden. (sh. auch Kommentar zu § 1 (3) )	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Patientinnen oder Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen bedürfen oftmals neben der ärztlichen Leistung, auch rein praktische Anleitung und Unterstützung, daher wird die Koordinationsfunktion bei einer nichtärztlichen Berufsgruppe verortet. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		PatV	38	BAPP	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
11			39	BDP	Bei den beschriebenen Telefon-Kontakten muss feststehen, dass die persönlichen, reellen Kontakte die Regel sein müssen. Die Einschätzung, wie häufig welche Kontakte realisiert werden, sollte Teil des Behandlungsplanes sein und in Absprache mit den Netzwerkbehandelnden von den Bezugsärzten/-Psychotherapeuten, Bezugsärztinnen- und Psychotherapeutinnen festgelegt werden	Schwer psychisch Erkrankten werden vorrangige telefonische Kontakte nicht gerecht.	<b>KBV:</b> Zustimmung zur Bewertung, dass telefonische Kontakte nicht überzubewerten und persönliche Kontakte vorzuziehen sind. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		PatV	41	APK	Zustimmung zu Position PatV	...Wöchentliche Besuche durch den Bezugsarzt/Ärztin sind nicht immer notwendig und passen nicht mehr gut zu einer berufsgruppenübergreifenden Behandlung.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Versorgung nach dieser Richtlinie gerade nicht dem Standard einer regulären Versorgung entspricht und vielmehr eine entsprechend intensivierte Behandlungsform darstellt. Hierfür sind wöchentliche Kontakte, auch mit niederschwelliger Mediennutzung, zudem ausreichend. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
11		GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	<p>Zustimmung zu Position GKV-SV</p> <p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <p><i>„Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten Neu erfolgt durch <b>den Bezugssoziotherapeuten oder die Bezugssoziotherapeutin oder die koordinierende nicht-ärztliche Person gemäß § 6 und umfasst ...</b>“</i></p>		<p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Koordination der Versorgung durch Soziotherapeuten als qualifizierte Unterstützung des Bezugstherapeuten bzw. -arztes.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.
11	Nr. 4	KBV, DKG	45	DGPPN	Zustimmung zu Position KBV und DKG (Nr. 4)	Ein Empfangen der koordinierenden Person im häuslichen Umfeld sollte für Patienten nicht verpflichtend sein. Im Einzelfall sind Umstände denkbar, unter denen Patienten es als hoch intrusiv und als Nötigung erleben könnten, Behandler bei sich zuhause empfangen zu müssen, um eine koordinierte Versorgung in Anspruch nehmen zu können.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11	Nr. 1	KBV, DKG	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV und DKG Vorschlag: Ergänzung: <i>„1. die Vernetzung und Sicherstellung der Kommunikation mit anderen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern.“</i>	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	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						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.	<b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		KBV	48	DPTV	Zustimmung zu Position KBV	Bezugspsychotherapeut*innen sind für die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie qualifiziert und zur Vermeidung von Brüchen in der Behandlung der Patient*innen zu beteiligen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		KBV	50	BVSD	Zustimmung zu Position KBV	Für den Bereich der Behandlung chronisch Schmerzkranker s. a. die Anmerkungen zu §5 (1).	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
			51	DGPSF			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		KBV, DKG	54	MEG	Zustimmung zu Position KBV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		PatV	55	DFPP	Die DFPP schließt sich ehesten der Formulierung der PatV an, konkrete Aspekte hängen von den Formulierungen in § 6 ab.		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11		PatV	56	DDPP	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag zur Ergänzung: „... <b>Bei der Definition der vorzuhaltenden Behandlungsdichte-/Qualität ist zu berücksichtigen, dass gerade bei PatientInnen mit schwerer Erkrankung und komplizierenden Bedingungen schnelle Änderungen und Anpassungen möglich sein müssen.</b> “	Der DDPP unterstützt diese Definition, weil sie am deutlichsten die maßgebliche Beteiligung der PatientInnen selbst betont.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

**§ 12 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs**

**§ 12 Absatz 1**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
12			56	DDPP	Vorschlag vor Absatz 1: <i>„Bei Bedarf muss auch eine sektorenübergreifende Behandlung möglich sein.“</i>	Die Regelung des Sektorenübergangs alleine muss bei manchen PatientInnen unzulänglich bleiben. Als Option muss eine sektorenübergreifende Behandlung bei besonderem Bedarf möglich sein. Damit ist eine strukturübergreifende Behandlungskontinuität gemeint.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Richtlinie beschreibt die Anforderungen an eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung psychisch Kranker mit einem komplexen Behandlungsbedarf. Dabei umfassen die Regelungen neben dem ambulanten auch den stationären Versorgungsbereich. In § 12 werden zum einen Vorgaben für den Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor getroffen, gleichzeitig wird auch der Informationsaustausch im Falle eines während der Versorgung durch einen Netzverbund notwendig gewordenen Krankenhausaufenthalt beschrieben.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
12	1		02	BPtK	<p>Vorschlag:</p> <p><i>„(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene unter Verantwortung der Krankenhausärztin oder des Krankenhausarztes <b>bzw. der Krankenhauspsychotherapeutin oder des Krankenhauspsychotherapeuten</b> im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1</i></p>	<p>(Befürwortung), dass Psychotherapeut*innen die Rolle der Bezugspsychotherapeut*in im Netzwerk, die in dieser Funktion auch die Eingangsdiagnostik durchführt, übernehmen können... Psychotherapeut*innen (verfügen) auch über die fachliche Qualifikation, das Assessment im Rahmen des Entlassmanagements im Krankenhaus zu übernehmen. Dies entspricht zudem den Regelungen in anderen Richtlinien des G-BA...</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die gewählte Formulierung orientiert sich an den Vorgaben des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt da die Rahmenbedingungen des Entlassmanagements eine ärztliche Federführung vorsehen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt...</i>		<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, jedoch wird im Richtlinien text auf die Aufzählung der Berufsgruppen gänzlich verzichtet.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
12	1	GKV-SV	07	DPV	Zustimmung zu Position GKV-SV „ <i>Dabei ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau mittels des Instrumentes nach § 2 Absatz 3 zu erheben.</i> “	Insbesondere das psychosoziale Funktionsniveau ist von Bedeutung. Für die Erhebung kommt der Mini-ICF-P durch seine spezifische Eignung und Nutzung bereits im rehabilitativen Versorgungssektor besonders in Frage.	<p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der patientenindividuelle Bedarf ist dabei mittels geeigneter Bewertungsinstrumente zu erfassen. Hierfür können verschiedene Bewertungsinstrumente zum Einsatz kommen, die auch die Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus oder Messung der Symptomlast (z. B. GAF, ICF, HoNOS, WHO-DAS) beinhalten. Auf dieser Basis ist ein Entlassplan aufzustellen, der den</p>
			20	BVDN			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>voraussichtlichen Versorgungsbedarf beinhaltet und die hierfür notwendigen Maßnahmen festlegt. In der klinischen Versorgung kommen verschiedene Bewertungsinstrumente mit verschiedenen Zielstellungen sowohl bei der Erstdiagnostik, im Behandlungsverlauf, als auch bei der Planung des Überganges in die Anschlussversorgung zum Einsatz. Die Entscheidung welches Instrument zum Einsatz kommt, hängt von verschiedenen Faktoren und Rahmenbedingungen ab, die der ärztlichen Verantwortung und klinischen Beurteilung zu überlassen sind. Da diese Regelung alle zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen umfasst, wurde deshalb von der Festlegung des Einsatzes eines bestimmten Bewer-</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							tungsinstrumentes abgesehen. Darüber hinaus entstünden dadurch zusätzliche finanzielle Aufwände bei der Krankenhausbehandlung, die nicht im Verhältnis zur Zielerreichung dieser Richtlinie stehen und somit als nicht sachgerecht zu bewerten sind.
12	1		16	DGSP	Zustimmung	Assesment i. R. sagt auch etwas über das Funktionsniveau aus	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	1		21	Dt. Caritasverband	Zustimmung  Ablehnung von Formulierung des GKV-SV	§ 12 regelt den Sektorenübergang aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung, sofern dieser im Einzelfall gegeben ist. Wichtig ist eine möglichst frühzeitige Erfassung des Bedarfs an ambulanter Anschlussversorgung i.S. dieser Richtlinie.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Streichung der Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus
12	1		22	BAG GPV	Zustimmung		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
12	1	GKV-SV	24	BVDP	Zustimmung zu Position GKV-SV	Es ist sinnvoll, das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau bei Entlassung zu erfassen. (Mini-ICF)	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	1	GKV-SV	25	DGPT	Zustimmung zu Position GKV-SV	Insbesondere das psychosoziale Funktionsniveau ist von Bedeutung. Für die Erhebung kommt der Mini-ICF-P durch seine spezifische Eignung und Nutzung bereits im rehabilitativen Versorgungsbereich besonders in Frage.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	1		27	BApK	Ablehnung von § 12	Es ist nicht zu erkennen, wodurch im §12 die Sektorenübergänge beschleunigt werden sollen: Der Patient ist im Netzverbund: Dann ist alles geregelt. Der Patient ist nicht im Netzverbund: Dann gibt es einen Übergang vom stationären System ins ambulante und das ist in § 8 geregelt; einzig schon während des Klinikaufenthaltes könnte die Aufnahme in den Netzverbund angefragt werden. Beim Übergang vom ambulanten ins stationäre	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Der Gesetzgeber hat in § 92 Abs. 6 b SGB V explizit festgelegt, dass in der Richtlinie auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung und umgekehrt getroffen werden. Die Vorgaben in § 12 decken dementsprechend die unterschiedlichen Konstellationen eines mögli-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						System kann die Aufnahme in den Netzverbund gestartet werden, muss es aber nicht.	chen Krankenhausaufenthalts vor bzw. während der Versorgung nach dieser Richtlinie ab.
12	1	GKV-SV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV	Beim Übergang vom stationären System sollte immer eine Statusfeststellung/Qualitätskontrolle sowohl aus Klinik als auch Patientensicht erfolgen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	1		39	BDP	Auch psychologisch-psychotherapeutische Beschäftigte eines Krankenhauses sind in der Lage, ein Entlass- und Aufnahmemanagement durchzuführen und weiterführende Maßnahmen zu erarbeiten und vorzubereiten - insb. wenn das KH Netzwerkbestandteil ist.	Vgl. §1 Abs 3	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>GKV-SV:</b> Die gewählte Formulierung orientiert sich an den Vorgaben des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagemet beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V. Keine Änderung.
12	1	GKV-SV	41	APK	Zustimmung zu diesem Absatz bis auf Formulierung GKV-SV „Dabei ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau mittels des Instrumentes nach § 2 Absatz 3 zu erheben.“	Instrumente nach § 2.3 sind verzichtbar. Möglichkeiten der Einbindung in einen Netzwerkverbund sind im	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Rahmen des Entlassmanagements des Krankenhauses zu bedenken.	<b>GKV-SV:</b> Streichung der Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus.
12	1	GKV-SV	42	BV Soziotherapeuten	Ablehnung von Formulierung GKV-SV „Dabei ist auch das aktuelle psychosoziale Funktionsniveau mittels des Instrumentes nach § 2 Absatz 3 zu erheben.“		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Streichung der Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus.
12	1		47	CBP	§ 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.		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	1		48	DPTV	Vorschlag: „Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene unter Verantwortung der Krankenhausärztin oder des Kranken-	Psychologische Psychotherapeut*innen sind im SGB V für die Gewährleistung des Entlassmanagements zur Unterstützung einer Sektorenübergreifenden Versorgung vorgesehen - es gibt keinen sachlichen Grund diese Fachgruppe in dieser Richtlinie auszuschließen. <b>§ 39 Absatz</b>	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die gewählte Formulierung orientiert sich an den Vorgaben des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagemet beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 10 SGB V.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>hausarztes, der Krankenhauspsychotherapeutin oder des Krankenhauspsychotherapeuten im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt...“</i></p>	<p><b>1a Satz 1 SGB V</b> Krankenhausbehandlung. Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Das Krankenhaus kann mit <b>Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1</b> vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. <b>§ 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V</b> Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. <b>§ 72 Abs. 1 SGB V</b> Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die Rahmenbedingungen des Entlassmanagements eine ärztliche Federführung vorsehen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, jedoch wird im Richtlinien text auf die Aufzählung der Berufsgruppen gänzlich verzichtet.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, <b>Psychotherapeuten</b> und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Die Feststellung deutlicher Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen erfolgt entsprechend § 2 Abs.3 dieser Richtlinie in der Eingangssprechstunde nach § 9 Abs.1 dieser Richtlinie. Insofern ist zu prüfen, in wie weit die Feststellung im Rahmen des Entlassmanagement entfallen kann.</p>	

§ 12 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
12	2		03	BfDI	<p>Ist diese Regelung so zu verstehen, dass der Patient bereits Kenntnis hat, dass er im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie im Krankenhaus behandelt wird und daher eine Über-sendung des Entlassbriefes ohnehin von seiner Einwilligung gedeckt?</p> <p>Sollte dies nicht der Fall sein, weise ich vorsorglich darauf hin, dass es der <i>Ergänzung „mit Einwilligung des Patienten“</i> bedarf.</p>		<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Änderung in „Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus <b>mit Einwilligung des Patienten</b> den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt. Die koordinierende Person <del>nach § 6</del> wird über <del>den das</del> voraussichtlichen <b>Datum der Entlassungstag</b> informiert.“</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>PatV:</b> Der Anregung wird im Grundsatz gefolgt.
12	2	KBV, DKG	07	DPV	<p>Weitgehend Zustimmung zu Position KBV mit zusätzlicher Formulierung DKG „gemäß § 3 Absatz 2“</p> <p>Vorschlag: Ergänzung: „<b>Entlassungsbrief</b>“</p> <p>„Nimmt ein Krankenhaus 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 <b>Entlassungsbrief</b> gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die <b>Bezugspsychotherapeutin</b> oder den <b>Bezugspsychotherapeuten</b> oder an ein anderes vom Netzwerk ausgewähltes Netzwerkmitglied.“</p>	<p>Hier handelt es sich um eine praxistaugliche und gut verständliche Formulierung, die die Umsetzung der beabsichtigten Verbesserung des Übergangs im Rahmen des Entlassmanagements erleichtert.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer eines Ergänzungsvorschlags wird nicht gefolgt. Die Formulierung orientiert sich an der Begriffsbezeichnung („Entlassbrief“) im „Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1a Satz 10 SGB V“.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			13	BPM			
			19	Spiz			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			
12	2		16	DGSP	In jedem Fall Mitteilung des KH nach Kenntnis das Pat n. RL an versorge an Bezugsperson. Information über Entlasstermin an Koordinationsperson		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	2	KBV, DKG	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV und DKG Vorschlag: „[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 Bezugärztin oder den Bezugsarzt [KBV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten] und informiert diese/n über das voraussichtliche Datum des Entlass-tags.“	Die koordinierende Person für die Versorgung nach dieser Richtlinie sollte nicht nur den Entlassbrief erhalten, sondern frühzeitig vom Krankenhaus über das voraussichtliche Datum des Entlass-tages informiert werden, um rechtzeitig die zu beteiligenden Behandler zu informieren.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	2	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV	Die Koordinierende Bezugsperson ist auf jeden Fall einzubeziehen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird im Rahmen der Koordination durch den Bezugsarzt bzw. -therapeuten grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	2		27	BApK	Vorschlag: „[GKV-SV/PatV: Liegen dem Krankenhaus Informationen vor,] Alle: dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt [KBV/PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten]. [GKV-SV/PatV: Die koordinierende Person nach [GKV-SV: § 6] wird über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.]“	Krankenhäuser sollten sich grundsätzlich kooperativ verhalten.	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.
12	2	PatV	29	Diakonie, BeB	Zustimmung zu Position PatV  Neben der Übermittlung des Entlassbriefes durch das Krankenhaus beim Übergang in die Versorgung an die/den Bezugsarzt bzw. -ärztin oder Bezugspsychotherapeut*in unterstützt die Diakonie auch die Forderung, dass die koordinierende Person nach § 10		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Absatz 3 über den voraussichtlichen Entlasstag informiert wird.		
12	2	PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position PatV	Zur Übermittlung von einem Entlassbrief nach der Krankenhausbehandlung ist ein Anschluss des Krankenhauses an diese Richtlinie nicht zwingend erforderlich. Dafür genügt das Vorliegen der Information über die Versorgung des Patienten in einem Netzwerkverbund.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	2 + 3		32	DVGP	Die Regelungen sollten für alle Krankenhäuser verbindlich gelten, auch wenn sie keinem Netzwerkverbund angehören.	Das Versorgungsbedürfnis der Patienten sollte nicht von der Bereitschaft der Krankenhäuser zur Mitgliedschaft in Netzwerkverbänden abhängen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	2		36	PIBB	Das Entlassmanagement organisiert die Überleitung ins Netz durch Terminabsprachen zwischen ambulanten Behandlern im stationären/teilstationären Sektor. Die GAF Skala oder ICF können in der stationären Institution erfolgen. Das Assessment/Eingangsgespräch für eine Indikation zur Komplexbehandlung sollte im ambulanten	Pat. kommen nach Entlassung aus dem stationären Sektor oft nicht in der ambulanten Behandlung an, v.a. die schwer Erkrankten brauchen eine Anbahnung der Behandlung vor Ort. Eine Durchlässigkeit der Sektoren kann dem Pat. helfen, die	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Sektor durch den Bezugstherapeuten während der stationären Behandlung erfolgen. Die Informationen sind zwischen den Sektoren durch eine geordnete Kommunikation, die im Vorfeld im Netzverbund festgelegt wird, auszutauschen (Brief, Video, Telefon, Fallkonferenz). Ein Erstgespräch aus dem stationären/teilstationärem Sektor in den ambulanten Bereich sollte für die Patientin/den Patienten möglich sein, wenn er in einem ambulanten Versorgungsnetz weiter behandelt werden möchte.	Hemmnisse, die durch die starre Trennung Sektoren begründet sind, leichter zu überwinden und durch einen Kontakt mit dem Bezugstherapeuten in eine ambulante Versorgung zu gehen. Die Qualität einer gemeinsamen Kommunikationsstruktur ist unerlässlich um die Schnittstelle zwischen den Sektoren zu verbessern. Die Stabilisierung in einer stationären Behandlung kann durch Kontinuität in den Sektoren aufrecht erhalten werden.	
12	2		39	BDP	Zwischen aufnehmendem/entlassendem Netzwerk-Krankenhaus und Bezugsbehandelnden sollte eine ausführliche Übergabe mit Angaben erfolgen (auf Wunsch. im Beisein der Erkrankten) – nicht lediglich der Austausch von Arztbriefen.	Eine gründliche und persönliche Übergabe schafft eine hilfreiche Behandlungsumgebung und transportiert viele Fachdetails.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	2	PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position PatV  Vorschlag: Ergänzung: „ <i>Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird,</i>		<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt [KBV/PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten <b>oder Bezugssoziotherapeuten oder Bezugssoziotherapeutin</b> [GKV-SV/PatV: Die koordinierende Person nach (PatV: § 10 Absatz 3) wird über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.]“</p>		<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Da umfassende Verantwortlichkeiten und Aufgaben für die Bezugsbehandler/-person vorgesehen wird, werden für diese Rolle ausschließlich Ärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen vorgesehen.</p>
12	2	KBV	47	CBP	<p>Zustimmung Position KBV mit Änderungsvorschlag: „<b>[KBV/DKG:</b> Nimmt ein Krankenhaus an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil und liegen ihm Informationen vor], <b>Alle:</b> dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief <del>gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement</del> beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt <b>[KBV/PatV:</b> oder die Bezugspsy-</p>	<p>Die koordinierende Person für die Versorgung nach dieser Richtlinie sollte nicht nur den Entlassbrief erhalten, sondern frühzeitig vom Krankenhaus über das voraussichtliche Datum des Entlassungstages informiert werden, um rechtzeitig die zu beteiligten Behandler zu informieren.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird in Teilen grundsätzlich gefolgt. Der Entlassbrief sollte sich jedoch an den bestehenden Rahmenbedingungen orientieren.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>chotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten] <del>[KBV: oder an ein anderes vom Netzverbund ausgewähltes Netzmitglied], und informiert diese/n über das voraussichtliche Datum des Entlasstags.“</del></i>		
12	2	KBV, PatV	48	DpTV	<p>Zustimmung zu Position KBV, PatV</p> <p>Vorschlag: „(KBV/DKG: Nimmt ein Krankenhaus (DKG: gemäß § 3 Absatz 2) an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil und liegen ihm Informationen vor),</p> <p>Alle: dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugsarzt (KBV/PatV: oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten) (KBV: oder an ein anderes vom Netzverbund ausgewähltes Netzmitglied). (GKV-SV/PatV: Die koordinierende Person nach (GKV-SV: § 6) (PatV: § 10 Absatz 3) wird</p>	<p>Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Psychologischen Psychotherapeut*innen die Befugnis erteilt, in ein Krankenhaus einzuweisen. Seit dem 7. Juni 2017 ist die neue Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft.</p> <p>Dieses beinhaltet auch Informationspflichten des Krankenhauses gegenüber den einweisenden Psychotherapeut*innen, die in dieser Richtlinie nicht ausgeschlossen werden können.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

Stand: 26.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>über den voraussichtlichen Entlastungstag informiert.)“</i>		

§ 12 Absatz 3

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
12	3		03	BfDI	Änderung des Begriffs „Zustimmung“ durch „ <b>Einwilligung</b> “		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p>
12	3	KBV, GKV-SV, PatV	07	DPV	<p>Weitgehend Zustimmung zu Position KBV mit zusätzlichen Formulierungen GKV-SV/KBV und PatV</p> <p>Vorschlag: „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 diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiag-</p>	siehe Begründung zu §12 Absatz 2	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>nostischen Abklärung in der Eingangssprechstunde vereinbart. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen.“</i>		
12	3	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV,KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	3	KBv, PatV	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV, ergänzt um Formulierung PatV  Vorschlag: „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 diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiag-	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.	<b>KBV, DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>nostischen Abklärung in der Eingangssprechstunde vereinbart. Der Termin hat spätestens 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].“</i>		
12	3	PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position PatV	Gleiche Vorgehensweise für alle Krankenhäuser	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	3		27	BApK	Vorschlag: „ <b>[GKV-SV:</b> Wird im Rahmen der Entlassungsdiagnostik und des Aufstellens des Entlassplans nach Absatz 1 ein Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie festgestellt,] nimmt das Krankenhaus mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Netzverbund nach § 4 auf und übermittelt das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung <b>[KBV/DKG/PatV:</b> in der Eingangssprechstunde] vereinbart. Der Termin hat spätestens <b>[KBV/DKG/PatV</b> sieben Werktage]		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen.“</i>		
12	3		29	Diakonie, BeB	<p>Eine Kontaktaufnahme mit dem Netzwerk erst im Rahmen der Entlassungsdiagnostik ist zu spät, um nahtlose Übergänge zu gestalten.</p> <p>Vor der Entlassung aus stationären Behandlungseinrichtungen müssen Abstimmungsgespräche im Krankenhaus stattfinden und entsprechend vergütet werden.</p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
12	3	KBV, DKG, PatV	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV, DKG und PatV	Die Vorschläge der PatV entsprechen den Ausführungen, die bereits fortlaufend im Richtlinienentwurf von uns befürwortet wurden.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	2 + 3		32	DVGVP	Die Regelungen sollten für alle Krankenhäuser verbindlich gelten, auch wenn sie keinem Netzwerk angehören.	Das Versorgungsbedürfnis der Patienten sollte nicht von der Bereitschaft der Krankenhäuser zur Mitgliedschaft in Netzwerken abhängen.	<b>KBV:</b> Zustimmung zur Feststellung, allerdings werden erhebliche Schwierigkeiten im Einbezug von nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmenden Kliniken gesehen. Regelungsort wäre näherliegen-

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>der die dreiseitige Vereinbarung zum Entlassmanagement von GKV/DKG/KBV.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
12	3		39	BDP	<p>Besteht noch keine Anbindung an ein Netzwerk, sollte ein Erstkontakt auch in den Räumen des Krankenhauses, der ambulanten Kassenpraxis oder der Soziotherapie erfolgen können</p> <p>Ein Kontakt zur Beziehungsaufrechterhaltung zwischen Bezugsbehandelnden oder Soziotherapie und Erkrankten soll generell während der stationären Behandlung möglich sein (z.B. kurzes Telefonat oder kurzer Termin bei Wochenenderprobung).</p>	<p>So ist ein nahtloser Übergang stationär in ambulant möglich und dies verringert die Rückfallgefahr.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Regelung wird nicht als zielführend erachtet, weil damit unklare Verantwortlichkeiten entstehen; viel wichtiger ist eine gelungene Anschlussbehandlung im ambulanten Bereich durch das Entlassmanagement.</p>
12	3		42	BV Soziotherapeuten	<p>Vorschlag: „<b><i>GKV-SV:</i></b> Wird im Rahmen der Entlassungsdiagnostik und des Aufstellens des Entlassplans nach Absatz 1 ein Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie festgestellt,] <del><b><i>KBV/DKG/PatV:</i></b> Nimmt ein Krankenhaus gemäß § 3 Absatz 2 an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil und stellt im Rahmen der Entlass-</del></p>		<p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><del>diagnostik nach Absatz 1 einen Bedarf für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest,]</del> nimmt das Krankenhaus mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Netzverbund nach § 4 auf und übermittelt <del>[GKV-SV/KBV: diesem]</del> das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Für die Patientin oder den Patienten wird ein Termin zur differentialdiagnostischen Abklärung <del>[KBV/DKG/PatV: in der Eingangssprechstunde]</del> vereinbart. Der Termin hat spätestens <del>[GKV-SV drei Tage]</del> <del>[KBV/DKG/PatV sieben Werktage]</del> nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. <del>[PatV: Krankenhäuser, die nicht an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen.]“</del></p>		
12	3		43	DGKJ, DGSPJ	<p>Vorschlag: Erstkontakt in den Netzwerkverbund, wenn möglich, schon während des stationären Aufenthaltes, nicht erst danach</p>	<p>Eine bessere Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung ist durch eine gemeinsame Entlassplanung von stationären Ärzten/Therapeuten und dem Netzwerkärzten bzw. -therapeuten zu erreichen.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>GKV-SV:</b> Die Regelung wird nicht als zielführend erachtet, weil damit unklare Verantwortlichkeiten entstehen; viel wichtiger ist eine</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							gelungene Anschlussbehandlung im ambulanten Bereich durch das Entlassmanagement.
12	3	KBV, PatV	47	CBP	<p>Zustimmung zu Position KBV mit Ergänzung PatV</p> <p>Vorschlag: „[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 Werktagen] nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären Behandlung zu erfolgen. [PatV: Krankenhäuser, die nicht an der</p>	<p>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.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich in Teilen gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen, sollen entsprechend vorgehen].“</i>		

§ 12 Absatz 4

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
12	4		16	DGSP	Zustimmung		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 12 Absatz 4 [neu]

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
12	4 [neu]		02	BPtK	Einfügung neuer Absatz 4: <b>„(4 neu) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in dessen Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das</b>	Für eine nahtlose ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ist es sinnvoll, dass noch, dass während der Krankenhausbehandlung probatorische Sitzungen durchgeführt werden können. Diese können nach der gesetzlichen Regelung <i>auch</i> in den Räumen des Krankenhauses stattfinden. Hieraus	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Änderung in „(5) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><b><i>Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einem Netz-verbund Kontakt aufnehmen, um einen Termin für eine probatorische Sitzung bei einem Netzverbundmitglied zu vermitteln.“</i></b></p>	<p>folgt, dass diese umgekehrt – wie in vielen Fällen unter therapeutischen Gesichtspunkten geboten – auch in der vertragspsychotherapeutischen Praxis durchgeführt werden. ...bereits heute regelhafte Durchführung von Belastungserprobungen außerhalb des Krankenhauses.... In diesem Sinne kann es für viele Patient*innen hilfreich sein, wenn sie für den Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung noch während der Krankenhausbehandlung die jeweilige psychotherapeutische Praxis für entsprechende probatorische Sitzungen aufsuchen können, je nach Belastbarkeit unter Umständen auch mit Unterstützung durch das Krankenhauspersonal, z. B. einer Soziotherapeut*in. Für Patient*innen hätte dies zum einen den Vorteil, dass sie sich</p>	<p>noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden.“</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>für eine ambulante Psychotherapie bei einer Psychotherapeut*in auf Basis der realen Behandlungserfahrung in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis entscheiden könnten. Zum anderen würden Patient*innen durch den positiven Verlauf dieser Belastungserprobung darin bestärkt, dass sie in der Lage sind, eigenständig oder ggf. mit soziotherapeutischer Unterstützung Termine in der psychotherapeutischen Praxis wahrzunehmen. Bei einer Indikation für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist dabei zu berücksichtigen, dass diese probatorischen Sitzungen bei einer ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeut*in erfolgen sollten, die Mitglied eines Netzverbundes ist, sodass die psychotherapeutische Behandlung in abgestimmter Form auf Basis eines Gesamtbehandlungs-</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						plans möglichst durch Mitglieder des Netzverbundes erbracht wird.	

§ 12 Absatz 5

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
12	5		03	BfDI	Auch hier muss sichergestellt sein, dass der Patient hinsichtlich der Übermittlung der Patientendaten an das Krankenhaus informiert ist.		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Aufnahme der Einwilligung der Patientin oder des Patienten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
12	5	PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	5	PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
12	5		32	DVGP	Vorschlag: <i>„... sind dem aufnehmenden Krankenhaus <b>mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten</b> die erforderlichen Informationen ...“</i>	Die Zustimmung des Patienten ist hier ebenso erforderlich und sinnvoll wie in Absatz 3 in der umgekehrten Richtung des Datenflusses.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Aufnahme der Einwilligung der Patientin oder des Patienten.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
12	5		36	PIBB	Wenn eine stationäre Aufnahme angezeigt ist, erstellt die behandelnde Bezugstherapeutin/der behandelnde Bezugstherapeut einen Bericht, der der weiter behandelnden Fachärztin/dem weiter behandelnden Facharzt übermittelt wird. Dieser Bericht enthält aussagefähige Informationen, ICD-10-Diagnose, Pharmakologie, Maßnahmen und Angaben zu dem Verlauf. Der Bericht sollte die Situation beschreiben, die trotz komplexer Behandlung zur Einweisung geführt	Die koordinierende Behandlerin/der koordinierende Behandler verfügt über wertvolle Informationen, die dem stationären Sektor zur Behandlungsplanung insbesondere Dauer der stationären Behandlung zur Verfügung gestellt werden sollen, damit eine kurze oder längere stationäre Intervention planbar ist und keine doppelten	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Konkretisierung der zu übermittelnden Informationen in den Tragenden Gründen.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>hat. Eine ambulante psychotherapeutische/soziotherapeutische Behandlung sollte auch bei stationärer Behandlung fortgesetzt werden können. Die einweisende Fachärztin/Bezugstherapeutin und der einweisende Facharzt/Bezugstherapeut sollte bei länger als 3 Wochen andauernden stationären Behandlungen i. d. R. mindestens 3 Gespräche mit dem Behandler/der Behandlerin in der stationären Institution für einen fachlichen Austausch und eine Einschätzung des Verlaufs führen.</p>	<p>Strukturen parallel aufgebaut werden. Es sollten nicht alle ambulanten Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes unterbrochen werden. Eine gemeinsame Evaluation des Verlaufs zwischen den Sektoren kann den KH Aufenthalt verkürzen helfen, da viele Maßnahmen aus dem stationären Sektor ambulant organisiert oder weiter geführt werden können</p>	<p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
12	5	PatV	42	BV Soziotherapeuten	<p>Zustimmung zu Position PatV</p> <p>Vorschlag: Ergänzung: <i>„Wird im Rahmen der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem Netzwerk gemäß dieser Richtlinie ein teilstationärer, vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugstherapeutin oder den Bezugstherapeut [PatV: oder die Bezugspsy-</i></p>		<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Bezugstherapeutin oder dem Bezugstherapeuten kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten kann</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>chotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten <b>oder Bezugssozialtherapeuten oder Bezugssozialtherapeutin]</b> zur Verfügung zu stellen.“</i></p>		<p>nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Da umfassende Verantwortlichkeiten und Aufgaben für die Bezugsbehandler/-person vorgesehen werden, werden für diese Rolle ausschließlich Ärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen vorgesehen.</p>

Stand: 26.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
12	5	PatV	48	DPtV	Zustimmung zu Position PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
12	5	PatV	50	BVSD	Zustimmung zu Position PatV	Für den Bereich chronisch Schmerzkranker der Verweis auf die Anmerkungen zu den § 4(4) und § 5 (1).	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			51	DGPSF			

## § 13 Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13			56	DDPP	Vorschlag vor Absatz 1: <i>„Bei PatientInnen mit wiederholter stationärer Einweisung und Zwangsbehandlungen kann deren Vermeidung schon lohnendes Ziel sein. Eine Überleitung in die Regel-versorgung sollte möglichst in Personalunion durch einen/einige der NetzwerkteilnehmerInnen erfolgen, um bestehende therapeutische Beziehungen und die konzeptuelle und personelle Kontinuität in der Behandlung zu nutzen.“</i>	Eine zu enge Zielsetzung kann Veränderung be- oder sogar verhindern. Gerade bei PatientInnen mit schwerer Erkrankung und komplizierenden Behandlungsbedingungen kann die positive Prognose relativ sein und sollte immer subjektorientiert erfolgen.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Zustimmung zur Übernahme der sich ggf. anschließenden fachärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung durch eines der Mitglieder des Netzverbundes. <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Die Anregung ist den Beratungsprozess und die Tragenden Gründe eingeflossen.
13			28	UBSKM	UBSKM bittet darum, dass die Selbsteinschätzung des*der Patient*in bezüglich etwaiger Behandlungsschritte, Erreichung der Therapieziele oder positiver Behandlungsprognose mit einbezogen werden muss und nicht Voraussetzung für den Verbleib in der Versorgung nach dieser Richtlinie sein kann. Zusätzlich rät UBSKM dringend Verlaufskontrollen, Beurtei-	Für viele Betroffene mit komplexen Traumafolgestörungen ist die fehlende positive Behandlungsprognose derzeit ein Grund, weshalb ambulante Therapien nicht weiter bewilligt werden. Für diese Gruppe ist der Verbleib in der ambulanten statt stationären Versorgung bzw.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>lungen, Assessments in längeren Zeitabschnitten (1-2 Jahre) zu organisieren und eine Entfristung der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.</p> <p>Zudem weist UBSKM darauf hin, dass eine Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie auf Wunsch des*der Patient*in jederzeit möglich sein muss.</p>	<p>ein Ausbleiben der Verschlechterung als Behandlungserfolg zu werten. Dies wird jedoch als solcher oft nicht von Kostenträgern anerkannt. Prüfungen, ob die Voraussetzungen für die Behandlung noch gegeben sind, sind immer eine Belastung für Betroffene, da sie zu Unsicherheiten führen, ob die Behandlung weiter fortgesetzt werden kann. Diese Prüfungen können somit die therapeutische Beziehung beschädigen, die psychotherapeutische Arbeit behindern und zu negativen Folgen führen (siehe Stellungnahme und Begründung §1 Abs. 2). UBSKM empfiehlt daher etwaige Prüfungen in längeren Zeitabschnitten durchzuführen und in Einzelfällen die Entfristung der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen. Zudem müssen Patient*innen jederzeit ohne negative Konsequenzen den Verbund</p>	



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						verlassen können, siehe hierzu Stellungnahme und Begründung §1 Abs. 3	
13		GKV-SV	35	ackpa	Ablehnung von Position GKV-SV: Die Vorgehensweise ist anlassunabhängig z.B. im Rahmen von Netzwerk- und Hilfeplangesprächen gemeinsam mit den Patient*innen und ihren Bezugspersonen anzupassen oder fortzuschreiben. Die persönliche Kontinuität in der Behandlung ist auch bei der Beendigung von Behandlungsprozessen mit den Patient*innen zu wahren, wenn sie selbst dies als hilfreich erleben. Unbedingt ist über die Dauer der Unterstützung im Einzelfall in Würdigung und Abwägung von Bedarf und Bedürfnis der Patient*innen zu entscheiden. In nicht anlassbezogenen Netzwerkgesprächen soll daher mit den Patient*innen regelmäßig überprüft werden, welche Hilfen sich als nützlich erwiesen haben, welche nicht mehr gebraucht werden und welche es für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung von erreichten Teilschritten unbedingt zu bewahren gilt und wie diese fortgeführt werden können.	Die hier formulierten Regelungen setzen Anreize, dass schwer zu erreichende Patient*innen diese Versorgungsform nicht angeboten bekommen und sie dann auch nicht erhalten. Die Zielerreichung von 1 Jahr ist bei o.g. Verläufen zu kurz bemessen. Der Paragraph setzt eindeutige Fehlanreize dafür, dass Besserungen nicht stabil werden, weil dadurch die persönliche Kontinuität der Behandlung gefährdet würde. Gerade schwer kranke Patienten haben eine feinfühligere Intuition für solche Paradoxien und durch die aus ihnen entstehende intrapsychische Spannung wird die Aufrechterhaltung von Psychopathologie gefördert. Der Abschnitt ist daher in der vorliegenden Form	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Stand: 26.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						kontraproduktiv und führt am Ziel (§ 1) vorbei	

§ 13 Absatz 1

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	1	KBV, DKG	02	BPtK	Zustimmung zu Position KBV und DKG	Die Ergebnisse der Verlaufsdagnostik bilden die Grundlage, um die Angemessenheit und Wirksamkeit der multimodalen Behandlung zu prüfen und bei Bedarf erforderliche Anpassungen bei den psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlungsmaßnahmen sowie den weiteren Versorgungs- und Unterstützungsleistungen auf der Basis des Gesamtbehandlungsplans vornehmen zu können und ggf. Therapieziele anzupassen. Hierbei sind von der Bezugärzt*in bzw. -psychotherapeut*in die Befunde der mitbehandelnden Leistungserbringer*innen zu berücksichtigen. Bei Bedarf sollten die Ergebnisse der Verlaufsdagnostik darüber hinaus im patientenindividuellen Behandlungsteam beraten und erforderliche Anpassungen	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						des Behandlungsplans abgestimmt werden. Hierbei ist es sachgerecht, den Behandlungsverlauf mindestens einmal pro Quartal systematisch zu erfassen. Je nach patientenindividuellem Bedarf und Behandlungsphase können auch höherfrequente Verlaufsuntersuchungen angezeigt sein.	
13	1	KBV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV	Die quartalsweise Überprüfung des Behandlungserfolgs ist praktikabel und sinnvoll [DPV, BPM, SpiZ, BVDN, DGPT: und ermöglicht präzise patientenindividuelle Behandlungszeiträume.]	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
			13	BPM			
			19	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			
			25	DGPT			
13	1	KBV	12	DGSPS	Zustimmung zu Position KBV „ <i>Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut</i> “		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>GKV-SV:</b> Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p>
13	1 (3)	Im Wesentlichen	14	VAKJP	<p>Veränderung: Zweites Assessment bei Behandlungsdauer länger als zwei Jahre.</p>	<p>Zweites Assessment bei einem Mitglied des Netzverbundes:</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
		KBV			Das neu eingeführte Instrument des zweiten Assessments sollte evaluiert und nach einem Zeitraum von 5 Jahren insgesamt überprüft werden.	Ein solches Instrument gab es bisher in der Versorgung nicht und könnte Sinn machen. Der Zeitraum von einem Jahr wirkt aus der klinischen Erfahrung für die adressierten Patient*innen-Gruppen allerdings sehr engmaschig. Schlimmstenfalls ist dieses Procedere mit erhöhtem Bürokratieaufwand verbunden. Auch diese Patient*innen müssen sich auf das Behandlungsangebot verlassen können.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1	KBV	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV	Die Position von GKV/PatV, wonach regelmäßige Kontrolluntersuchungen, deren Frequenz auch noch festgelegt werden soll, stattfinden sollen, ist abzulehnen. Wel-	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						che Maßnahmen im Einzelnen erforderlich sind, soll durch die Bezugsärztin/den Bezugsarzt beurteilt werden.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1	GKV-SV, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1	GKV-SV, PatV	27	BAPK	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1	KBV, DKG	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV und DKG		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1		39	BDP	Für den Behandlungserfolg ist eine regelmäßige quartalsweise Beurteilung des Behandlungsfortschritts und die Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele erforderlich. Dies ist in Abstimmung mit dem patientenindividuellen Behand-	Hierbei handelt es sich um Behandlungsstandards in der Psychotherapie.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Die Vorgaben sehen eine regelmäßige Beurteilung des Behandlungsfortschritts vor. Die zeitlichen Abstände sollten dabei abhängig von der jeweiligen

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					lungsteam vorzunehmen. Sofern erforderlich, sind die Therapieziele des Behandlungsplans anzupassen (Position KBV) Bei der Evaluation der Zielerreichung ist unbedingt auch die Beurteilung durch die Erkrankten selbst (z.B. mithilfe einer Zielerreichungsskalierung) einzuholen.		Behandlungsphase und der Schwere der Symptomatik und nicht nach einem festgelegten Rhythmus festgelegt werden.  <b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.  <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1	KBV, DKG	41	APK	Zustimmung zu Position KBV und DKG	Die Behandlung ist im Netzwerk so lange wie notwendig durchzuführen , eine quartalsweise Überprüfung erscheint sinnvoll.	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1	GKV-SV, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	1-3		44	GNP	<p>1. Wir setzen uns dafür ein, dass regelmäßige Kontrolluntersuchungen frühestens nach einem Jahr erfolgen.</p> <p>2. Auf ein Zweitmeinungsverfahren sollte verzichtet werden. Vielmehr sollte eine geeinte Position der Netzwerkpartner als Entscheidungsgrundlage dienen.</p>	<p>Zu 1. Ein vorheriges Erreichen der Ziele ist bei dieser Patientenklientel nicht abbildbar, da es sich um schwer beeinträchtigte Patienten handelt. Zu kurze gesicherte Behandlungszeiträume verhindern das Erreichen mittel- und langfristiger Ziele und Behandlungsperspektiven, da jederzeit mit einem Behandlungsabbruch gerechnet werden muss. Zu 2. Bei dieser Patientenklientel ist zu erwarten, dass sich der Beziehungsaufbau – und -erhalt als extrem schwierig und störanfällig gestaltet. Die Komplexität der Beeinträchtigungen und die Indikation wird oft aus der Aktenlage nicht ersichtlich sein. Direkte persönliche Kontakte sind zur adäquaten Beurteilung zwingend erforderlich. Rückweisungen, Ablehnungen, Prüfungen sind häufige negative Erfahrungen bei diesen Patienten, das Risiko ei-</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, es erfolgt eine Übernahme in die Tragen den Gründe.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Die Vorgaben sehen eine regelmäßige Beurteilung des Behandlungsfortschritts vor. Die zeitlichen Abstände sollten dabei abhängig von der jeweiligen Behandlungsphase und der Schwere der Symptomatik und nicht nach einem festgelegten Rhythmus festgelegt werden.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						ner iatrogenen Verschlechterung durch Begutachtungen ist zu hoch.	
13	1	KBV	47	CBP	<p>Zustimmung zu Position KBV</p> <p>Vorschlag: Ergänzung:</p> <p><i>„Eine Beurteilung des 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] unter Einbeziehung des Patienten/der Patientin vorzunehmen. Sofern erforderlich sind die Therapieziele des Behandlungsplans anzupassen.“</i></p>	<p>Die Position von GKV/PatV, wonach regelmäßige 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>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird im Grundsatz gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	1	KBV	48	DPtV	Zustimmung zu Position KBV	Bezugsärzt*innen und Bezugspsychotherapeut*innen beurteilen letztverantwortlich den Behandlungsfortschritt und stimmen Änderungen im Gesamtbehandlungsplan hinsichtlich der Therapieziele ab. Der quartalsweise Bezug entspricht den zu erwartenden Behandlungsverläufen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1	KBV	52	IGPS	Zustimmung zu Position KBV	Die quartalsweise Überprüfung des Behandlungserfolgs ist praktikabel und sinnvoll.	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	1	GKV-SV, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV	Diese Formulierungen ermöglichen flexibles und situationsangemessenes Vorgehen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 13 Absatz 2

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	2	KBV, DKG	02	BPtK	<p>Zustimmung zu Position KBV und DKG                      Änderungsvorschlag:</p> <p><i>„...Sie oder er vereinbart, sofern erforderlich, Folgetermine mit den für die weitere Versorgung erforderlichen Leistungserbringern insbesondere hinsichtlich einer erforderlichen Rezidivprophylaxe oder <b>erforderlicher Leistungen zur weiteren Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe oder der Überführung in andere Versorgungsformen</b>....“</i></p>	<p>...In vielen Fällen handelt es sich um schwer und chronisch erkrankte Patient*innen, bei denen entsprechend längere Behandlungszeiten in der Therapieplanung anzusetzen sind, um die patientenindividuellen Therapieziele erreichen zu können. Bei vielen dieser Patient*innen werden die Therapieziele auch nicht auf eine vollständige Heilung, sondern auf Linderung der Erkrankung, Stabilisierung des psychischen und physischen Gesundheitszustands und Verbesserung der psychosozialen Funktionen sowie der sozialen und beruflichen Teilhabe ausgerichtet sein. Eine hochfrequente Überprüfung der Voraussetzungen gemäß § 2 für die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie kann daher nicht zielführend sein</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, es erfolgt eine Übernahme in die Tragen den Gründe.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>und kann von den Patient*innen als zusätzlich verunsichernd erlebt werden. Maßstab für die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie kann dabei auch nicht sein, ob sich die gegenwärtigen Funktionsbeeinträchtigungen soweit gebessert haben, dass sie einen Wert von 50 auf der GAF-Skala übersteigen. Wesentliche Referenz kann nur sein, inwieweit die Therapieziele erreicht worden sind und ob weiterhin eine abgestimmte, multiprofessionelle Behandlung erforderlich ist. Zusätzliche Versorgungsbrüche durch die Entwicklung der Versorgung nach dieser Richtlinie aufgrund neuer Schnittstellen zu der Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie sind unbedingt zu vermeiden. Daher sollten psychotherapeutische und ärztliche Weiterbehandlungen, aber auch Leistungen</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>anderer Berufsgruppen, soweit sie nach Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie weiterhin medizinisch erforderlich sind, von den jeweiligen hierfür zuständigen Mitgliedern der patientenindividuellen Behandlungsteams durchgeführt bzw. fortgesetzt werden. Bei der Planung der Überleitung in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie ist ein besonderes Augenmerk auf Maßnahmen der Rezidivprophylaxe und Leistungen zur weiteren Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe zu richten. Der Behandlung in einem patientenindividuellen Behandlungsteam mit regelmäßigen Fallbesprechungen ist das Prinzip der Zweitmeinung inhärent. ...Das obligatorische Assessment eines bislang unbeteiligten Netzwerkmitglieds würde insoweit erhebliche Versorgungskapazitäten binden,</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						wäre für die durchführende Leistungserbringer*in auch zeitlich sehr aufwendig, weil – das Einverständnis der Patient*in vorausgesetzt – lediglich Informationen aus der bisherigen Behandlungsdokumentation und keine eigenen klinischen Eindrücke aus der eigenen Behandlung zur Verfügung stünden. Für die Patient*in wäre ein solches Vorgehen darüber hinaus zusätzlich belastend, da sie gehalten wäre, für den Zweck der Überprüfung der Voraussetzungen nach § 2 sehr persönliche, ggf. belastende Informationen mit einer ihr bislang unbekannte Ärzt*in oder Psychotherapeut*in zu teilen.	
13	2	KBV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV	Die Konkretisierung verdeutlicht das Anliegen dieser Richtlinie, keinesfalls dadurch die Regelversorgung zu reformieren. Diese besteht unverändert nach	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
	13		BPM				
	19		SpiZ				
	20		BVDN				

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			24	BVDP		den bisher geltenden Gesetzen.	
			25	DGPT			
13	2		12	DGSPS	Zustimmung zu Position KBV „ <i>Bezugsärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut</i> “	„überführen“? Das klingt nach Bürokratie und Institutionsperspektive anstelle einer Patientenperspektive. Das Selbstbestimmungsrecht des Pat. ist zu beachten.	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.</p> <p><b>DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
13	2	KBV	12	DGSPS	<p>Zustimmung zu Position KBV</p> <p>Vorschlag:</p> <p><i>„Sind die Therapieziele erreicht ... soll der Patientin oder <del>der dem</del> Patienten <del>in die Regelversorgung KBV: außerhalb der Richtlinie überführt werden</del> eine Weiterbehandlung im Rahmen der Regelversorgung angeboten und ermöglicht werden.“</i></p>	<p>„überführen“? Das klingt nach Bürokratie und Institutionenperspektive anstelle einer Patientenperspektive. Das Selbstbestimmungsrecht des Pat. ist zu beachten.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
13	2	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	2	KBV	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV	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. Sehr wichtig ist dabei auch der Aspekt der Rezidivprophylaxe, um durch Weiterbehandlung in der Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie eine Chronifizierung zu vermeiden.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	2	GKV-SV, PatV	22	BAG GPV	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV  Vorschlag zur Ergänzung: „Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugs-		<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.  <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da sich überschneidende Rollen ergeben.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>ärztin oder den Bezugsarzt unter Einbeziehung der Koordinierenden Bezugsperson zu überprüfen ...“</i>		
13	2	GKV-SV, PatV	27	BAPK	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV	Wenn das Therapieziel die Nicht- Verschlechterung ist und dieses Ziel erreicht wird, ändert sich nichts an den Voraussetzungen nach § 2.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	2	KBV, DKG	31	SHV	Zustimmung zu Position KBV und DKG		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	2	PatV	32	DVGP	Zustimmung zu Position PatV Vorschlag: „... durch die Bezugsärztin, <del>oder</del> den Bezugsarzt, <b>die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten</b> zu überprüfen. ...“	Diese Version berücksichtigt am genauesten, dass die sonstige Regelversorgung bereits während der Versorgung nach dieser Richtlinie stattfinden kann bzw. während und nach dieser Versorgung durch dieselben Einrichtungen und Personen durchgeführt werden kann; dies sollte im Interesse der personellen Kontinuität die bevorzugte Überleitungsvariante sein. Die Ergänzung ergibt sich (hier letztmalig)	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. <b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						aus der Begründung zu § 1 Abs. 3 Zi. 4.	
13	2	KBV, DKG	36	PIBB	<p>Ablehnung von Position KBV und DKG</p> <p>Vorschlag:</p> <p><i>„Die Regelversorgung erfolgt nach Erreichen der Behandlungsziele in der komplexen ambulanten Behandlung.</i></p> <p><i>Zum Abschluss der Versorgung nach der Richtlinie sind Evaluationen erforderlich, die im Gespräch mit den LE und Patientinnen und Patienten erfolgen.</i></p> <p><i>Die weitere notwendige spezifische Versorgung/Behandlung kann bei vertrauten Therapeuten des Netzes fortgesetzt werden, wenn die Patientin/der Patient das wünscht und eine Indikation zur Fortsetzung einzelner SGB V Maßnahmen weiterhin besteht (z.B. PT/Soziotherapie/Ergoth/Pflege).“</i></p>	<p>Bei den Selektiv-Verträgen der Integrierten Versorgung hat sich gezeigt, dass eine erste Evaluation nach 6 Monaten und anschließend nach einem Jahr sinnvoll ist, je nach GAF Wert, individuellem Verlauf und angestrebtem Behandlungsziel. Nach den Erfahrungen unseres Netzverbundes ist es gerade bei den schwerst kranken und beeinträchtigten Patientinnen und Patienten notwendig, einzelne Maßnahmen nicht abrupt zu beenden, sondern diese vielmehr allmählich in der Frequenz zu verringern. Auch ein niederfrequentes (ggf. nur telef.) Kontakthalten einmal pro Monat oder Quartal mit einer vertrauten Bezugsperson kann zu einer Stabilisierung deutlich beitragen.</p>	<p><b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die Versorgung nach dieser Richtlinie ist ebenfalls Teil der Regelversorgung.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>PatV:</b> Der Anregung wird im Grundsatz gefolgt.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	2		39	BDP	Eine Rückfallprophylaxe sollte nicht nur bei der Überleitung in das Regelversorgungs-System gemacht werden, sondern sollte bereits Bestandteil des Behandlungsplanes bei fortgeschrittener Behandlung sein. Die personelle Kontinuität sollte auch in dieser Übergangsphase gewahrt werden	Hierbei handelt es sich um Behandlungsstandards in der Psychotherapie.	<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Bei der Versorgung nach dieser Richtlinie handelt es sich nicht um eine neue Krankenbehandlungsmaßnahme; es wird das Ziel verfolgt, die bestehenden Behandlungsangebote besser miteinander zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Dies kann bei einer erforderlichen Richtlinienpsychotherapie auch eine Rezidivprophylaxe enthalten.</p> <p><b>KBV:</b> Zustimmung zur Bewertung der Rolle der Rezidivprophylaxe und zur Rolle der Behandlungskontinuität.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
13	2	GKV-SV, PatV	42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV  Vorschlag: Ergänzung: „Das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 2 für		<p><b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt. Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist halbjährlich durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt <b>oder den Bezugssoziotherapeuten oder die Bezugssoziotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten</b> zu überprüfen. Der Gesamtbehandlungsplan ist ggf. anzupassen.“</i></p>		<p>in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p> <p><b>KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht ge-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							folgt. Da umfassende Verantwortlichkeiten und Aufgaben für die Bezugsbehandler/-person vorgesehen werden, werden für diese Rolle ausschließlich Ärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen vorgesehen.
13	2	KBV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV Ablehnung von Position GKV-SV	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.	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	2	KBV	48	DPTV	1. Zustimmung zu Position KBV 2. Ablehnung von Position GKV-SV	Zu 1. Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten sind in der	<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Schnittstelle zum Übergang in die Regelversorgung zu beteiligen. Sie stimmen das Erreichen der Therapieziele ab erstellen einen Überleitungsplan und stimmen notwendige Folgetermine ab.</p> <p><i>Zu 2. Begründung Ablehnung:</i></p> <p>Die wiederholte Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie alle 6 Monate greift zu kurz. Eine jährliche Überprüfung erachten wir als ausreichend.</p>	<p>Ablehnung der Aufnahme von Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten. Der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt kommt in der Versorgung nach dieser Richtlinie eine entscheidende Rolle zu; sie oder er verantwortet den diagnostischen und therapeutischen Prozess und erstellt zu Beginn der Versorgung den Gesamtbehandlungsplan. Die Funktion der Bezugsärztin oder des Bezugsarztes kann nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt übernommen werden, da sie oder er auf Grund ihrer oder seiner Kompetenz die somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln verbindet und in die Erstellung bzw. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans einfließen lässt.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
13	2	KBV	50	BVSD	<p>Abweichend schlagen wir vor, bei Überschreiten der Behandlungsdauer von einem Jahr innerhalb dieser Richtlinien, dass das erneute Assessment von einer Vertragsärztin/ einem Vertragsarzt oder einer Vertragspsychotherapeutin/ einem Vertragspsychotherapeuten durchgeführt wird, die/der Mitglied des patientenindividuellen Behandlungsteams ist.</p>	<p>Für den Bereich chronisch Schmerzkranker schlagen wir vor, dass ein multidisziplinäres Assessment vor der Überleitung in die Regelversorgung durchgeführt wird. Hierbei sind die entsprechenden Mitglieder*Innen des Netzverbundes einzubinden, ausgehend von der Überlegung, dass Bezugsarzt*Innen bzw. Bezugspsychotherapeut*Innen wie unter §3 (1) weiter oben eine spezielle schmerztherapeutische bzw. schmerzpsychotherapeutische Qualifikation aufweisen.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			51	DGPSF			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	2	GKV-SV, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV	Diese Formulierungen ermöglichen flexibles und situationsangemessenes Vorgehen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

**§ 13 Absatz 3**

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	3		02	BPTK	<p>Neue Formulierung:</p> <p><i>„(3) Im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ist jährlich ein Assessment nach § 2 durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten unter Einbezug der Befunde der weiteren Mitglieder des patientenindividuellen Behandlungsteams durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit dem Behandlungsteam zu bewerten. Davon unberührt ist eine Überleitung in die Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie durchzuführen, sobald die Voraussetzungen nach Absatz 2 gegeben sind. Sind die Voraussetzungen nach § 2 zu einem späteren Zeitpunkt wieder erfüllt, kann eine erneute Versorgung im Rahmen dieser</i></p>	siehe Begründung zu § 13 Abs. 2	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>Richtlinie erfolgen; in diesem Fall ist unter Berücksichtigung der erforderlichen Behandlungsleistungen die Behandlung durch dieselben Mitglieder des patientenindividuellen Behandlungsteams anzustreben.“</i>		
13	3	KBV	07	DPV	Zustimmung zu Position KBV	<b>BPM, SpiZ, BVDN:</b> Durch ein Re-Assessment kann flexibel die Überleitung in die Regelversorgung oder bei notwendiger Fortführung der Versorgung nach dieser Richtlinie die Evaluation der erfolgten Interventionen vorgenommen werden. Eine Optimierung des Behandlungsplanes kann so bei Bedarf auf den Weg gebracht werden.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
	13		BPM				
	19		SpiZ				
	20		BVDN				
	25		DGPT				
13	3	PatV	15	DGVT	Zustimmung zu Position PatV  Ablehnung von Formulierung GKV-SV „oder eine positive Behandlungsprognose“	Diese Regelung ist grundsätzlich offener. Abgelehnt wird allerdings die Notwendigkeit einer positiven Behandlungsprognose, denn diese schränkt besonders die Behandlung von chronisch kranken Personen ein, weil	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Anregung der Stellungnehmer zur Streichung wird gefolgt.  <b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						bei diesen besonders zu Beginn des Prozesses keine eindeutige (positive) Prognose abgegeben werden kann. Auch im Prozess kann es krankheitsbedingt zu Verschlechterungen kommen, die eine positive Prognose zeitweise in Frage stellen.	
13	3	GKV-SV, PatV	16	DGSP	Zustimmung zu Position GKV-SV, PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	3	KBV	21	Dt. Caritasverband	Zustimmung zu Position KBV	Eine Dauer von 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.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	3	GKV-SV, PatV	27	BApK	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV		<b>GKV-SV, KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Vorschlag: „Liegen die Voraussetzungen für einen Verbleib in der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr vor, kann eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr erfolgen. Eine Überleitung in [GKV-SV: eine] fachärztliche oder psychotherapeutische [GKV-SV: Versorgung, die nicht Teil der Versorgung nach dieser Richtlinie darstellt], ist frühzeitig anzustreben. Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann wieder neu erfolgen, falls die Voraussetzungen zu einem späteren Zeitpunkt erfüllt sein sollten; in diesem Fall ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.“</p>		<p><b>PatV:</b> Der Anregung wird im Grundsatz gefolgt.</p>
13	3	KBV, DKG	31	SHV	<p>Zustimmung zu Position KBV und DKG</p> <p>Vorschlag: „Bei einer Behandlungsdauer (...) durch einen weiteren Leistungserbringer nach §3 Abs.1 <b>in Abstimmung mit dem Patienten (...)</b>“</p>	<p>Gerade in Bezug auf die psychischen Erkrankungen der Versicherten spielt das therapeutische Verhältnis für den Behandlungsverlauf und -erfolg eine große Rolle. Deshalb sollte die Wahl zumindest mit dem Patienten abgestimmt werden. Evtl. hat der Patient Gründe, um einen Leistungserbringer abzulehnen.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, es erfolgt eine Übernahme in die Tragenen Gründe</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	3	KBV	33	bvvp	Ablehnung von Position KBV	Ein obligates externes Reassessment im Zweitmeinungsverfahren wird abgelehnt, weil die gemeinsame kollegiale Einschätzung im Verlauf bereits stattfindet. Kern der neuen Richtlinie ist die Behandlung im Team, bei der die Patient*innen-Behandlung regelmäßig in Fallkonferenzen besprochen und die Maßnahmen sowie Behandlungsziele überprüft werden. Dadurch findet bereits eine hinreichende Kontrolle statt. Eine zusätzliche externe Überprüfung bindet nicht nur Behandlungsressourcen, sondern verunsichert gerade auch schwer erkrankte Patient*innen. Dass gerade in einer Richtlinie, in der es um psychisch kranke Menschen geht, ein in der ambulanten Versorgung einmaliges Kontrollinstrument installiert werden soll, bezeugt ein generelles Misstrauen in diesen Versorgungsbereich. Das ist weder	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>zielführend noch sachgerecht, verbessert nicht die Qualität der Behandlung, fordert überflüssigerweise eigene Ressourcen und verursacht Reibung im System. Die entsprechende Passage ist deshalb zu streichen. Ein internes Reassessment kann festgelegt werden nach einer Zeit von zwei Jahren. Kürzere Abstände sind in der Behandlung von schwer psychisch Erkrankten nicht sinnvoll. Psychische Umstellungsprozesse sind langwierig. An dieser Stelle sei nochmal darauf hingewiesen, dass die Behandlungskontinuität auch nach Übergang in die Regelversorgung gewährleistet werden muss und dass gegebenenfalls auch eine Wiederaufnahme in die neue Richtlinie möglich sein muss. Genauso muss eine langfristige Behandlung innerhalb der neuen Richtlinie für chro-</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						nisch Kranke und schwer beeinträchtigte Patient*innen möglich sein, bei denen die Prognose dann nur bedingt günstig ist.	
13	3	KBV, DKG	36	PIBB	Ablehnung von Position KBV und DKG: Streichen.	In der vernetzten Zusammenarbeit ist Vertrauen in die gemeinsam entwickelten Qualitätsindikatoren, die durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit entstehen, ein hohes Gut. Wenn diese regelmäßig im Netz evaluiert werden, sind andere Kontrollmechanismen nicht erforderlich, das spart viele Ressourcen!!	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt und die Regelung weniger eingreifend formuliert. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	3		42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV  Vorschlag: „Liegen die Voraussetzungen <del>[GKV-SV: oder eine positive Behandlungsprognose]</del> für einen Verbleib in der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr vor, kann eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr erfolgen. Eine Überleitung in <del>[GKV-SV: eine]</del>		<b>GKV-SV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. Da die Versorgung nach dieser Richtlinie ebenfalls Teil der Regelversorgung ist, erscheint eine Klarstellung in Abgrenzung zu der hier geregelten Versorgung erforderlich.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>[PatV: die] fachärztliche oder psychotherapeutische [GKV-SV: Versorgung, <del>die nicht Teil der Versorgung nach dieser Richtlinie darstellt</del>] [PatV: Regelversorgung außerhalb dieser Richtlinie], ist frühzeitig anzustreben. Eine erneute Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie kann wieder neu erfolgen, falls die Voraussetzungen zu einem späteren Zeitpunkt wieder <del>[PatV: neu]</del> erfüllt sein sollten; in diesem Fall ist die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.“</i>		<b>KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	3	KBV	47	CBP	Zustimmung zu Position KBV	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.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	3	KBV, DKG	48	DPTV	Vorschlag zu Position KBV, DKG: <i>„Bei einer Behandlungsdauer im Rahmen der Versorgung nach dieser</i>	Die Wiederholung des Eingangsassessments bei einer	<b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>Richtlinie von länger als einem Jahr ist ein Assessment <del>[KBV: nach § 2]</del> durch die <b>Bezugsärztin/den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin/den Bezugspsychotherapeuten</b> einen weiteren Leistungserbringer nach § 3 Abs. 1, <del>[KBV: Nr. 1 – 5]</del> <del>[DKG: Nr. 1 – 3]</del> aus dem Netzverbund, <del>[KBV: der nicht Teil des Behandlungsteams ist]</del> <del>[DKG: bisher nicht an der Behandlung beteiligt war],</del> durchzuführen. Das Ergebnis des Assessments ist in einer Fallbesprechung mit <del>[KBV: dem Behandlungsteam]</del> <del>[DKG: den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen]</del> zu bewerten.“</i></p>	<p>Überschreitung der Behandlungsdauer von einem Jahr bei den in dieser Richtlinie adressierten Patient*innen stellen eine erhebliche Belastung für die teilnehmenden Patient*innen dar.</p> <p>Die Hinzuziehung weiterer Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus dem jeweiligen Netz in das Assessment halten wir für nicht zumutbar. PatientInnen können so davon abgehalten werden, eine Behandlung in dieser Versorgungform überhaupt erst aufzunehmen. Wir schlagen vor, dass das Assessment durch die/den Bezugsärztin/Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin/ Bezugspsychotherapeuten durchgeführt wird. In diesem Assessment können die Diagnostischen Instrumente entsprechend des Eingangsassessment eingesetzt werden.</p>	<p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird gefolgt.</p>

Stand: 26.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
13	3	GKV-SV, PatV	55	DFPP	Zustimmung zu Position GKV-SV und PatV	Diese Formulierungen ermöglichen flexibles und situationsangemessenes Vorgehen.	<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§ 14 Evaluation

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
14			16	DGSP	Zustimmung Beteiligung bzw. Rückgriff auf nutzerorientierte Forschungsansätze!		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14			21	Dt. Caritasverband	Zustimmung	Für die Evaluation dieser Richtlinie muss ein ausreichender Zeitpunkt der Erprobung zur Verfügung stehen. 5 Jahre sind hier angemessen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14			29	Diakonie, BeB	Die Evaluation sollte nach Einschätzung der Diakonie auch die Frage einbeziehen, welche Patient*innen-gruppe genau erfasst wurde und welche Personengruppen mit schweren Krankheitsverläufen ggf. nicht erreicht oder explizit ausgeschlossen wurden.		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
14			30	SpiFa	Dass diese Richtlinie überhaupt erforderlich ist, offenbart vor allem drei Strukturfehler im Versorgungssystem		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>1. Die Entkoppelung der Psychotherapie vom gesamtverantwortlichen ärztlichen Handeln mit den somatotherapeutischen, pharmakotherapeutischen, sozialmedizinischen und psychotherapeutischen Kompetenzen</p> <p>2. Der politisch gewollte ungeordnete Zugang der gesamten Gesellschaft zur Behandlungsweise Psychotherapie</p> <p>3. Die Schaffung eines neuartigen Berufsbildes eines nicht-ärztlichen Psychotherapeuten nach einem Bachelor-Psychologie-Studium und einem Masterstudium in klinischer Psychologie und Psychotherapie. Dieses Berufsbild wird mit weitreichenden berufsrechtlichen Befugnissen ausgestattet, entfaltet ein neuartiges Versorgungssystem und benötigt Tätigkeitsfelder möglichst im Geltungsbereich des SGB V.</p> <p>Die in den § 92 SGB V in Absatz 6b eingepflegte Aufgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss, diese Richtlinie zu verfassen, kann als Versuch gedeutet werden, die nicht-ärztliche Psychotherapie zumindest teilweise wieder in den medizinischen Kontext</p>		

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>einzubinden. Andererseits schafft sie ein neues Tätigkeitsfeld für die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten. Ab 2023 werden jährlich etwa 4000 neuartige nichtärztliche Psychotherapeuten mit Approbation nach dem Psychologie-Studium ohne Fachkunde und annähernd so viele approbierte Psychologische Psychotherapeuten mit Fachkunde in die Versorgungssysteme gelangen. Das erfordert neue Tätigkeitsfelder für eine wiederum Anbieter-induzierte Nachfrage.</p> <p>Große Kohorten-Studien zeigen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen über die Jahre nicht zugenommen hat. Gestiegen ist mit der Anzahl der diagnostizierenden Leistungsträger – meist nicht-ärztlicher Provenienz – die Anzahl der mit F-Diagnosen belegten Menschen in diesem Land...</p> <p>Wie die in den letzten Jahren die Leistungs-auslösenden Diagnosen aus den Kapitel 5 des ICD 10 zugenommen haben, ist – je nach finanzieller Ausstattung der Leistungen dieser Richtlinie – nach ihrem Inkrafttreten auch mit einer Zunahme der schweren psychischen Erkrankungen zu rechnen.</p>		

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Daher kommt der im Gesetz festgeschriebenen Validierung und Patienten-Nutzenbewertung der Richtlinie eine besondere Bedeutung zu.		
14			42	BV Soziotherapeuten	Zustimmung		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
14			47	CBP	<p>Vorschlag zur Ergänzung:</p> <p><i>„...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.“</i></p>	<p>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.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Kernfragen der Evaluation werden in den Tragenden Gründen konkretisiert.</p> <p><b>DKG:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt, es erfolgt eine Übernahme in die Tragenden Gründe.</p>

Anlage

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
Anlage	Allg	GKV-SV	02	BPtK	Ablehnung von Position GKV-SV	Der Regelungsvorschlag des GKV-SV greift deutlich zu kurz und ist nicht geeignet, um über die Versorgungskoordination hinaus die erforderliche Verbesserung der Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen im Sinne eines intensiven ambulanten multimodalen Versorgungsangebots zu ermöglichen...	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Mit der hier vorgelegten Richtlinie soll keine neue Behandlungsmaßnahme geschaffen werden; Ziel ist es vielmehr die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Mit den Leistungen des SGB V steht psychisch kranken Menschen ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem zur Verfügung. Die Anlage konzentriert sich daher auf die sich aus dieser Richtlinie neu ergebenden Leistungsmodule.</p>
Anlage	Allg	KBV	02	BPtK	Grds. Zustimmung zu Position KBV	Grundsätzlich ist es aus Sicht der BPtK erforderlich, in der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V spezifische zusätzliche Leistungsmodule zu	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>definieren, um eine angemessene koordinierte Versorgung dieser Patientengruppe zu ermöglichen. Es wird regelhaft nicht ausreichend sein, allein auf bereits in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung bestehende Leistungen zurückzugreifen.... Es ist ... aus Sicht der BptK notwendig, bereits auf Ebene der Richtlinie Vorgaben dazu zu machen, in welchem Umfang bestimmte definierte Leistungsmodule angeboten werden können bzw. sollen. Dies entspricht auch den Regelungen in anderen Richtlinien, ... in denen bereits Kontingente für einzelne Leistungen definiert sind. Vielmehr sollten Kontingente für einzelne Leistungsmodule grundsätzlich pro Quartal definiert werden. Das würde es insbesondere schwer und chronisch erkrankten Patient*in-</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						nen ermöglichen, entsprechend ihren Funktionsbeeinträchtigungen notwendige Leistungen so lange in Anspruch zu nehmen, wie bei Ihnen die Indikation für die ambulante Komplexbehandlung besteht. Die Versorgung nach dieser Richtlinie sollte insoweit eine ambulante intensive und multimodale Behandlung ermöglichen, wie sie auch vonseiten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2018 vorgeschlagen wurden (SVR, 2018).	
Anlage	Allg	KBV	07	DPV	Zustimmung zu den Punkten 1-12	<p><b>Alle:</b> Die Punkte 1-12 sind Ergebnis bereits laufender Netzprojekte und haben sich bewährt.</p> <p><b>DPV, BPM, SpiZ, BVDN, DGPT:</b></p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
			13	BPM			
			20	SpiZ			
			20	BVDN			
			24	BVDP			

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
			25	DGPT		Sie werden individuell indikationsspezifisch angewandt.	
Anlage	Allg.	KBV	29	Diakonie, BeB	<p>Die Leistungsmodulare der KBV verstehen wir als Orientierung und nicht als abschließende Leistung. Sie sind beispielsweise durch folgende Leistungen zu ergänzen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zu Beginn Gespräche zur Kontaktanbahnung bzw. zur Motivierung, sich mit der eigenen Erkrankung weiter/wieder auseinander zu setzen und sich auf eine Behandlung einlassen zu können.</li> <li>2. Psychotherapeutische Einzel und Gruppengespräche (jenseits der Richtlinienverfahren)</li> <li>3. psychotherapeutische Kriseninterventionen</li> <li>4. Psychotherapeutische Kurztherapie</li> <li>5. Familientherapie</li> <li>6. Peer-Beratung und Begleitung durch Genesungsbegleiter*innen</li> <li>7. Aufsuchende oder ambulante medizinische Rehabilitation</li> <li>8. Netzwerkgespräche mit relevanten Bezugspersonen von Patient*innen aus deren sozialen Umfeld</li> </ol>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					Wichtig ist, dass der Krisenplan wie auch der Gesamtbehandlungsplan und mögliche Teilhabepläne aufeinander abgestimmt werden. Positiv hervorzuheben, ist die abschließende und explizite Erwähnung der Kooperation mit den GPV.		
Anlage			30	SpiFa	<p>Immer wieder befremdet die Aufzählung „ärztliche, pharmakologische und psychotherapeutische Maßnahmen“. Pharmakologische Maßnahmen sind ärztliche Maßnahmen. ...</p> <p>GKV 1 sowie KBV 1 – 3 sind bei Leistungsträgern mit den erforderlichen 4 Handlungskompetenzen bereits inkludiert.</p> <p>Die Koordination mit den anderen Leistungserbringer ist selbstverständlich auch außerhalb eines Netzes erbringbar, ebenso die Kommunikation</p> <p>Der KBV Vorschlag ist einerseits bürokratisch ausufernd, andererseits schafft er wenig definierte neue psychologische Leistungsinhalte, die unterhalb der durch die Psychotherapie-Richtlinie definierte Psychothera-</p>		<b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>pie angesiedelt sind, und möglicherweise bereits neue Leistungsinhalte für die bald zu approbierenden neuartigen „Psychotherapeuten“ schaffen soll. Eine aufklärende Hinterlegung eines Begründungstextes fehlt.</p> <p>Es gilt das Prinzip: Keine neue Leistung ohne neues Geld!</p>		
Anlage	Allg.		32	DVGP	(Grundsätzliche Bewertung)	<p>Beide Versionen der Anlage enthalten umfangreiche Überschneidungen mit anderen Regelleistungen des SGB V (vgl. die allgemeine Bewertung zu Beginn dieser Stellungnahme). Es wird nicht klar, inwieweit es sich um eine Nennung von anderweitig geregelten und nach anderen Rechtsvorschriften vergütete Leistungen handelt – in diesem Falle sind die Aufzählungen nicht vollständig – oder ob es sich zumindest teilweise um Leistungen handelt, die durch die Nennung in dieser Anlage als neue gesundheitliche Versorgungsleistungen eingeführt werden sollen.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Mit der hier vorgelegten Richtlinie soll keine neue Behandlungsmaßnahme geschaffen werden; Ziel ist es vielmehr die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Mit den Leistungen des SGB V steht psychisch kranken Menschen ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem zur Verfügung. Die Anlage konzentriert sich daher</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							auf die sich aus dieser Richtlinie neu ergebenden Leistungsmodule.
Anlage	Allg.		33	bvvp	Zustimmung zu Position KBV Die Auflistung der KBV berücksichtigt alle relevanten Aspekte.	Die neue Richtlinie erfordert einen neuen Leistungskatalog mit Leistungsmodulen, die über die Regelversorgung hinausgehen und die insbesondere die sehr aufwändigen Kooperationsleistungen berücksichtigen. Umfänge und Kontingente sollten schon in der Richtlinie verankert werden. Es sollte eine angemessene Versorgung von Patient*innen auch mit längerem Behandlungsbedarf ermöglicht werden in Form einer intensiven ambulanten Behandlung.  Für einen Teil der Patient*innen, die für diese Richtlinie in Frage kommen, wird die reguläre Richtlinien-therapie zunächst nicht geeignet sein, sodass unbedingt neben den Kooperati-	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						ons- und Koordinationsleistungen auch neue Ziffern zur niederschweligen Behandlung geschaffen werden müssen. Gleichzeitig darf eine Richtlinientherapie, auch Langzeittherapie, keinesfalls ausgeschlossen werden. Zentral muss hier die jeweilige Indikation des Bezugsbehandlers sein.	
Anlage	Allg.	GKV-SV, KBV	37	BDK	Ablehnung von Position GKV-SV und KBV	Es ist nicht ersichtlich, dass es hier um Leistungsmodule geht, die nicht schon im SGB V, in den einschlägigen Bewertungsmaßstäben oder in dieser Richtlinie geregelt sind.	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Mit der hier vorgelegten Richtlinie soll keine neue Behandlungsmaßnahme geschaffen werden; Ziel ist es vielmehr die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Mit den Leistungen des SGB V steht psychisch kranken Menschen ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem zur Verfügung. Die Anlage konzentriert sich daher

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							<p>auf die sich aus dieser Richtlinie neu ergebenden Leistungsmodule.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die beschriebenen Leistungsmodule im Rahmen der Regelversorgung nicht explizit abgebildet und vor allem in ihrer Leistungsmenge grundsätzlich begrenzt sind. Sowohl zur Beschreibung der erforderlichen Leistungen als auch deren Funktion in der Umsetzung dieser Richtlinie erscheint die klare Beschreibung in einer eigens dafür vorgesehenen Anlage erforderlich.</p> <p><b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
Anlage	Allg.	GKV-SV, KBV	41	APK	Ablehnung von Position GKV-SV und KBV	Eine Begrenzung bzw. Konkretisierung auf einzelne jetzt bereits abschließend	<b>GKV-SV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Mit der hier vorgelegten Richtlinie soll keine



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						festgelegte Leistungsmodule erscheint nicht zielführend.	<p>neue Behandlungsmaßnahme geschaffen werden; Ziel ist es vielmehr die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten besser zu vernetzen und aufeinander abzustimmen. Mit den Leistungen des SGB V steht psychisch kranken Menschen ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem zur Verfügung. Die Anlage konzentriert sich daher auf die sich aus dieser Richtlinie neu ergebenden Leistungsmodule.</p> <p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die beschriebenen Leistungsmodule im Rahmen der Regelversorgung nicht explizit abgebildet und vor allem in ihrer Leistungsmenge grundsätzlich begrenzt sind. Sowohl zur Beschreibung der erforderlichen Leistungen als auch deren Funktion in der Umsetzung dieser Richtlinie er-</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
							scheint die klare Beschreibung in einer eigens dafür vorgesehenen Anlage erforderlich. <b>DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
Anlage	Allg.	KBV	44	GNP	Zustimmung zu Position KBV	Der Vorschlag der Leistungsmodule erscheint geeignet, um den komplexen individuellen Behandlungsbedarfen gerecht zu werden und eine effiziente Koordination der Netzwerkleistungen zu gewährleisten.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
Anlage	Allg.	KBV	48	DPtV	Zustimmung zu Position KBV Die in der Anlage 1 der Richtlinie vorgeschlagenen Leistungsmodule der KBV werden unterstützt.	Die Leistungsmodule umfassen den Leistungskatalog nach dieser Richtlinie.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
Anlage	Allg.	DKG, PatV	53	VPKD	Zustimmung zu Position DKG, PatV („keine Übernahme“)	Der Leistungskatalog ist komplex und könnte die Leistungserbringer überfordern. Der Katalog gefährdet deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit den mit dieser	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird nicht gefolgt, da die beschriebenen Leistungsmodule im Rahmen der Regelversorgung nicht explizit abgebildet und

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						Richtlinie beabsichtigten Aufbau interdisziplinärer und multimodaler Angebote.	vor allem in ihrer Leistungsmenge grundsätzlich begrenzt sind. Sowohl zur Beschreibung der erforderlichen Leistungen als auch deren Funktion in der Umsetzung dieser Richtlinie erscheint die klare Beschreibung in einer eigens dafür vorgesehenen Anlage erforderlich.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
Anlage	Allg.	KBV	56	DDPP	Zustimmung zu Position KBV, allerdings müssen sich die Leistungsmodule auf patientennahe Leistungen, die u. a. dem Beziehungsaufbau, der Krisenintervention, der Angehörigen- und Netzwerkarbeit sowie dem Überleitungsmanagement dienen, konzentrieren.		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.  <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
Anlage	1	KBV	02	BPTK	Änderung des Leistungsmoduls „ <i>Eingangssprechstunde mit Assessment</i> “:  • <b>zeitnahes Erstgespräch nach Überweisung bzw. Empfehlung,</b>		<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>differenzialdiagnostische Abklärung der psychischen Erkrankungen einschließlich der hierfür erforderlichen anamnestischen Erhebungen,</i></li> <li>• <i>Einholung von Befunden und Berichten von ggf. erfolgten Vorbehandlungen,</i></li> <li>• <i>Erhebung somatischer Komorbiditäten und Veranlassung der somatischen Abklärung einschließlich der Klärung ggf. erforderlicher Behandlungen komorbider somatischer Erkrankungen,</i></li> <li>• <i>Prüfung der Voraussetzungen nach § 2 einschließlich der Anwendung eines Instruments nach § 2 Absatz 3,</i></li> <li>• <i>Beratung und Information der Patient*in über die diagnostizierten Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten,</i></li> <li>• <i>Beratung und Information der Patient*in über die Versorgungsform, auch unter Einbezug von Angehörigen und gesetzlichen Vertreter*innen,</i></li> <li>• <i>kooperatives Assessment durch Einbezug von mindestens einem</i></li> </ul>		<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><b>weiteren Mitglied des voraussichtlichen Behandlungsteams.</b></p> <p>Die BPTK schlägt vor, bei der Definition des Leistungsmoduls für die im Rahmen der Eingangssprechstunde und des Assessments erforderlichen Gesprächsleistungen mit der Patient*in einen Umfang von bis zu 10 Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten vor-zusehen.</p>		
Anlage	1	KBV	27	BApK	<p>Vorschlag:</p> <p><i>Eingangssprechstunde mit <del>Assessment</del> <b>differentialdiagnostischer Abklärung</b></i></p>	Anstelle des Assessments wurde zuvor immer die differentialdiagnostische Abklärung gefordert.	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
Anlage	1		47	CBP	<p>Vorschlag:</p> <p>1) <i>Assessment</i></p> <p>a. <i>Herstellung des zeitnahen Erstkontaktes nach Überweisung / Empfehlung / Entlassung</i></p> <p>b. <i>einführendes Beratungsgespräch, ggf. zusätzlich mit gesetzlichem Betreuer oder dem Bevollmächtigten</i></p>		<p><b>GKV-SV, KBV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>tigten oder Angehörigen über die Behandlungsziele und die Versorgungsleistungen</p> <p>c. Anamnese</p> <p>d. Abklärung der Teilnahmefähigkeit unter Nutzung eines Instruments nach § 2 Absatz 3 durch Bezugssarzt/-therapeut oder eine dirigierte Person der berufsübergreifenden, strukturierten Versorgung</p> <p>e. Prüfung der Einschlussvoraussetzungen nach § 2 f. Erhebung somatischer Komorbiditäten, ggf. bei Komorbidität Austausch mit behandelnden Ärztinnen oder Ärzten g. Kooperatives Assessment mit wechselseitigem Einbezug des voraussichtlichen Behandlungsteams</p>		
Anlage	2	KBV	02	BPtK	<p>Änderung des Leistungsmoduls Erstellung oder Anpassung des spezifischen: Gesamtbehandlungsplans</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Auswertung der Differenzialdiagnostik und Bewertung der Krankheitssituation einschließlich der bestehenden Teilhabestörungen,</b></li> <li>• <b>Berücksichtigung der erforderlichen psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und</b></li> </ul>	<p>Die BPtK befürwortet den Vorschlag der KBV, die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans einschließlich der Integration des Krisenplans und der Beratung dieser Pläne mit der Patient*in als eigenes Leistungsmodul zu konzipieren. Dies ist auch</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p><i>weiteren ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, einschließlich ggf. erforderlicher weiterer differenzialdiagnostischer Abklärungen,</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Definition und Abstimmung der Therapieziele mit der Patient*in und im patientenindividuellen Behandlungsteam,</i></li> <li>• <i>Prüfung und ggf. Verordnung der erforderlichen Heilmittel,</i></li> <li>• <i>Prüfung des Einbezugs weiterer Berufsgruppen,</i></li> <li>• <i>Prüfung des Einbezugs weiterer Leistungen und Hilfen einschließlich Maßnahmen in den Bereichen Arbeit und Wohnen, Selbsthilfegruppen und/oder Genesungsbegleiter*innen,</i></li> <li>• <i>Integration des Krisenplans in den Gesamtbehandlungsplan und Besprechung des Krisenplans mit der Patient*in.</i></li> </ul> <p>Die BpTK schlägt vor, dass im Zusammenhang mit der Erstellung und Beratung des Gesamtbehandlungsplans Gesprächsleistungen mit der Patient*in, auch unter Einbezug von Bezugspersonen, im Umfang von bis zu</p>	<p>sachgerecht, da der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans die Durchführung des Eingangsassessments auch unter Einbezug von mindestens einem weiteren Netzverbundmitglied aus dem voraussichtlichen patientenindividuellen Behandlungsteam vorausgehen muss. Auf Basis dieser Informationen ist dann der Gesamtbehandlungsplan zu erstellen, ein individueller Krisenplan mit der Patient*in zu entwickeln und die Patient*in sowie bei Bedarf die Angehörigen umfassend zu informieren und aufzuklären.</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					sechs Therapieeinheiten von mindestens 25 Minuten erbracht werden können.		
Anlage	2		47	CBP	<p>Vorschlag:</p> <p>„2) <i>Erstellung des Gesamtbehandlungs- Krisen und Genesungsplans</i></p> <p>a. <i>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/Netzwerkarte erarbeitet werden) um eine gemeinsame Einschätzung für die Beteiligung am Verlauf der Behandlung zu erlangen</i></p> <p>b. <i>Berücksichtigung aller notwendigen Beteiligungen (berufsgruppen- und sektorenübergreifend) dieser strukturierten Versorgung</i></p> <p>c. <i>Verschriftlichen der gemeinsam erarbeitenden Therapieziele in Abstimmung mit der Patientin oder</i></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<p>dem Patienten, dem einbezogenen Umfeld und dem Behandlungsteam</p> <p>d. <i>Umfassende Information und Aufklärung der Patientin oder des Patienten und sofern gewünscht seiner Angehörigen über Krankheit, evidenzbasierte Verlauf und Prognose der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten</i></p> <p>e. <i>Integration des individuellen Krisenplans (gemeinsam erarbeitet mit Patientin/Patient und dessen Umfeld) in den Gesamtbehandlungsplan</i></p> <p>f. <i>Prüfung und ggf. Berücksichtigung der notwendigen Heilmittelverordnungen“</i></p>		
Anlage	3	KBV	02	BPtK	<p>Änderung des Leistungsmoduls „<i>Besondere Gespräche im Einzelsetting im Rahmen der Krankenbehandlung</i>“: Verschiebung (3) <i>d.) Krisengespräche in</i> (6) <i>Notfall- und Krisenversorgung</i></p> <p>Die BPtK schlägt vor, folgende Kontingente pro Quartal für die einzelnen Leistungen zu definieren:</p>	<p>Die von der KBV definierten Leistungselemente aus dem Bereich „besondere Gespräche im Einzelsetting“ können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, das bisherige ambulante Behandlungsangebot zu intensivieren und so Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>supportive Gesprächs- und Kontaktangebote</u>: bis zu 200 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 10 Minuten (entspricht ca. 15 Minuten pro Woche),</li> <li>• <u>psychoedukative Gespräche</u>: bis zu 300 Minuten/Quartal in Einheiten von 25 Minuten (entspricht ca. 50 Minuten alle zwei Wochen),</li> <li>• <u>Beratungs- und Erörterungsgespräche zu sozialmedizinischen und psychosozialen Problemlagen (z. B. gesetzliche Betreuung, pflegerische Versorgung, berufliche Wiedereingliederung)</u>: bis zu 200 Minuten/Quartal in Einheiten von 25 Minuten (entspricht vier 50-minütigen Beratungsgesprächen im Quartal),</li> <li>• <u>Krisengespräche</u>: in Einheiten von mindestens 10 Minuten (ggf. unter „6. Notfall- und Krisenverordnung“ verorten),</li> <li>• <u>Angehörigengespräche</u>: bis zu 300 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 10 Minuten (entspricht ca. 50 Minuten alle zwei Wochen).</li> </ul>	<p>wirksam in Bezug auf Funktionseinschränkungen zu unterstützen.</p> <p>Indizierte stützende supportive Gesprächsangebote, die einen wesentlichen Beitrag zum Aufbau einer langfristigen tragfähigen Arbeitsbeziehung leisten können, um diese besonders vulnerable Gruppe optimal in Form eines ambulanten Angebots unterstützen zu können, sind aktuell in der fachärztlichen Versorgung nur in geringem Umfang möglich....</p> <p>Auch psychoedukative Gespräche können einen wesentlichen Beitrag zur Krankheitsbewältigung liefern und sind bisher nicht als gesonderte Leistung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung vorgesehen...</p> <p>Bisher fehlen jedoch Schnittstellen zwischen</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Leistungen nach SGB V und anderen Sozialgesetzbüchern, die es ermöglichen, die berufliche Teilhabe bei der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung systematisch zu berücksichtigen. Das im Vorschlag der KBV enthaltene Leistungsmodul „Beratungsgespräche zu sozialmedizinischen und psychosozialen Problemlagen“ bietet die Chance, solche Schnittstellenprobleme zu adressieren...</p> <p>Eine große Versorgungslücke besteht aktuell darin, dass in der vertragsärztlichen Versorgung kaum Leistungen vorgesehen sind, die es ermöglichen, Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen systematisch in deren Behandlung einzubeziehen....</p> <p>Bezüglich der Einordnung der Krisengespräche, die unbedingt notwendig sind, um</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>Patient*innen, die unter einer schweren psychischen Erkrankung leiden, adäquat zu versorgen, stellt sich die Frage, ob diese inhaltlich nicht besser dem Abschnitt „6. Notfall- und Krisenversorgung“ zugeordnet werden sollten. Bei der Ausgestaltung der Krisengespräche ist zu beachten, dass diese sich insbesondere in Abgrenzung zu supportiven Gesprächs- und Kontaktangeboten durch eine geringere Planbarkeit auszeichnen. Bei der weiteren Präzisierung dieser Leistung muss daher sichergestellt werden, dass hierfür Kapazitäten freigehalten werden müssen, um Krisengespräche innerhalb eines sehr kurzen Zeitrahmens (z. B. 24 Stunden) und außerhalb der regulären Sprechzeiten bereitstellen zu können.</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
Anlage	3		47	CBP	<p>Vorschlag:</p> <p><i>„3) Aufsuchende multiprofessionelle Behandlung</i></p> <p><i>a. Aufsuchende, bedürfnisangepasste multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld der Patientin/des Patienten</i></p> <p><i>b. Einbezug des sozialen Umfeldes zur tragfähigen Umsetzung des Gesamtbehandlungs- Krisen und Genesungsplans</i></p> <p><i>c. Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcenförderung und Selbstwirksamkeit</i></p> <p><i>d. Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Kontaktfähigkeit in Bezug auf die individuelle Krisenerfahrung“</i></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
Anlage	4	KBV	02	BPtK	<p>Zustimmung KBV Leistungsmodul <i>„Besondere Gespräche im Gruppensetting“</i></p> <p>Die BPtK schlägt vor, folgende Kontingente pro Quartal für die einzelnen Leistungen zu definieren:</p>	<p>Die von der KBV definierten Leistungsbestandteile ... stellen eine relevante Ergänzung der bisherigen ambulanten Versorgung dar</p> <p>Neben individuellen Behandlungselementen können in gruppentherapeutischen Angeboten weitere</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>supportive Gesprächsangebote im Gruppensetting: bis zu 300 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 25 Minuten (entspricht ca. 50 Minuten alle zwei Wochen),</u></b></li> <li>• <b><u>psychoedukative Gespräche im Gruppensetting: bis zu 650 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 50 Minuten (entspricht ca. 100 Minuten alle zwei Wochen),</u></b></li> <li>• <b><u>indikationsbezogene Gruppengespräche mit Störungs- oder Themenbezug: bis zu 1.300 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 50 Minuten (entspricht 100 Minuten pro Woche),</u></b></li> <li>• <b><u>Gruppengespräche mit Angehörigen (z. B. Dialogforen): bis zu 300 Minuten/Quartal in Einheiten von mindestens 10 Minuten (entspricht 100 Minuten pro Monat oder ca. 50 Minuten alle zwei Wochen).</u></b></li> </ul>	<p>therapeutische Wirkfaktoren realisiert werden, die sich positiv auf den Genesungsprozess psychischer Erkrankungen auswirken können. ... Insbesondere supportive, psychoedukative sowie themen- und problemorientierte Gruppenansätze sind im stationären Setting bereits häufig Bestandteil einer psychotherapeutischen Versorgung, die jedoch aufgrund fehlender Definition von Leistungen im ambulanten Setting bisher keine Entsprechung finden. Für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist es dabei bedeutsam, dass diese Behandlungsstunden nicht auf das Behandlungskontingent einer Richtlinienpsychotherapie angerechnet werden. Andernfalls würde das Ziel einer ambulant-intensiven Versorgung von schwer psychisch kranken Patient*in-</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>nen mit komplexem psychotherapeutischen Behandlungsbedarf untergraben werden...</p> <p>Im Hinblick auf die unterschiedlichen Bedarfe von Patient*innen mit verschiedenen psychischen</p> <p>Erkrankungen bieten Leistungsmodule im Gruppensetting verschiedene Möglichkeiten, ein erfolgversprechendes komplexes Behandlungsangebot zu schaffen. Dabei sollten aus Sicht der BPTK neben im engeren Sinne psychotherapeutischen Gruppenangeboten...auch Gruppenangebote aus weiteren Behandlungsfeldern, wie beispielsweise Angeboten aus dem Bereich der Bewegungstherapie bei Schmerzserkrankungen, ermöglicht werden....</p> <p>Die BPTK begrüßt ...,dass auch Angehörigengespräche</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						im Gruppensetting vorgesehen sind...	
Anlage	4		47	CBP	<p>Vorschlag:</p> <p>„4) Besondere Gespräche im Gruppensetting im Rahmen der Gesamtbehandlung</p> <p>a. Supportive Bedürfnisangepasste Gesprächs- und Kontaktangebote im Gruppensetting</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation</li> <li>• Recovery (EX-In geleitet)</li> <li>• STEPS</li> <li>• Gruppengespräche mit Angehörigen</li> <li>• Spezifische bedürfnisangepasste Gruppenbehandlung anhand von Symptomerleben“</li> </ul>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
Anlage	5	KBV	02	BPTK	Zustimmung KBV Leistungsmodul „Aufsuchende multiprofessionelle Behandlung“	...es (ist) aus Sicht der BPTK von zentraler Bedeutung, die aufsuchende multiprofessionelle Behandlung, das heißt eine Behandlung im häuslichen Umfeld der Patient*innen über die Leistungen der psychiatrischen	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>häuslichen Krankenpflege und der Soziotherapie hinaus, in die Richtlinie aufzunehmen...</p> <p>Aktuell ist eine aufsuchende multiprofessionelle Behandlung im Rahmen der Regelversorgung nur als stations-äquivalente psychiatrische Behandlung gemäß § 115d SGB V verfügbar. Voraussetzung hierfür ist das Vorliegen der Indikation für eine stationäre Behandlung. Um eine aufsuchende Behandlung im Sinne eines stationsersetzenden Home Treatment, wie es die S3-Leitlinie empfiehlt, zu ermöglichen, muss die aufsuchende Behandlung expliziter Bestandteil der Leistungen dieser Richtlinie sein. Hierfür ist eine Verankerung unter § 9 Absatz 7 sowie die Listung als Leistungsmodul im Anhang der Richtlinie unerlässlich.</p>	

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
Anlage	5		47	CBP	<p>Vorschlag:</p> <p><i>„5) Netzwerkgespräche</i></p> <p><i>a. Durchführung von Netzwerkgesprächen mit Patientin/Patient, Angehörigen/Umfeld, andere wichtige Personen (z.Bsp. gesetzliche Betreuung) nach den Prinzipien des „offenen Dialogs“</i></p> <p><i>b. Diese Gespräche sind supportive Gespräche für ein gemeinsames Verständnis der bisherigen Krisen (Krankheitserfahrung) und dem zukünftigen Umgang miteinander</i></p> <p><i>c. Die Moderation erfolgt aus zwei Personen des fallspezifischen Behandlungsteams</i></p> <p><i>d. Die Dauer beträgt 90 Minuten</i></p> <p><i>e. Diese Gespräche können im häuslichen Umfeld stattfinden</i></p> <p><i>f. Diese Gespräche werden fortgeführt in Absprache mit den beteiligten und eingeladenen Personen“</i></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
Anlage	6	KBV	02	BPtK	<p>Zustimmung zu KBV Leistungsmodul „Notfall- und Krisenversorgung“</p> <p>Änderungsvorschlag: ...e.) <del>ggf. telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft)</del> <b>Festlegung, wie eine 24/7-Erreichbarkeit unter Einbeziehung kooperierender Einrichtungen einschließlich der Bereitstellung notwendiger Behandlungsinformationen gewährleistet werden kann“...</b></p>	<p>Gemäß den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psycho-soziale Therapien zur ambulanten Versorgung schwer psychisch kranker Menschen“ hängt die Tragfähigkeit einer ambulanten multiprofessionellen Versorgung dieser Patientengruppe wesentlich davon ab, ob sie auch als Krisenintervention 24 Stunden verfügbar ist ....</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
Anlage	6		47	CBP	<p>Vorschlag:</p> <p><i>„6) Notfall- und Krisenversorgung</i></p> <p><i>a. Organisation und Einleiten des vorher erarbeiteten Notfall- und Krisenplans unter Einbezug der Patientin/des Patienten ggf. des Umfeldes</i></p> <p><i>b. Absprache mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst, Krisendiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern</i></p> <p><i>c. ggf. Einzug in eine Rückzugs-/Krisenwohnung für die Dauer der Krisensituation</i></p> <p><i>d. (Nach-)Besprechung nach einem Notfall- oder Krisengeschehen mit der</i></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<i>Patientin oder dem Patienten e. ggf. telefonische Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) f. Erstellung und Anpassung des Kriseninterventionsplans“</i>		
Anlage	7	KBV	02	BPtK	<p>Zustimmung KBV Leistungsmodul „Fallbesprechung“</p> <p>Vorschlag: Konkretisierung der Durchführung von Fallbesprechungen über folgende Regelungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Das Kontingent für Fallbesprechungen beläuft sich auf bis zu 150 Minuten je Quartal in Einheiten von mindestens 25 Minuten.</b></li> <li>• <b>Zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie muss eine Fallbesprechung durchgeführt werden, in der das Assessment der Eingangssprechstunde ausgewertet und der von der Bezugärzt*in/psychotherapeut*in erstellte vorläufige Gesamtbehandlungsplan besprochen und ggf. ergänzt und angepasst wird. Die erste Fallbesprechung hat zeitnah nach der Eingangssprechstunde zu erfolgen.</b></li> <li>• <b>Patientenindividuelle Fallbesprechungen im Behandlungsteam und mit allen an der Versorgung</b></li> </ul>	<p>Zentrales Element einer berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und koordinierten Versorgung im Netzverbund ist der regelmäßige Austausch im Behandlungsteam und mit allen an der Versorgung Beteiligten. Dies ist notwendig, um die Versorgung der einzelnen Leistungserbringer*innen aufeinander abzustimmen und ggf. anzupassen, sich über Komorbiditäten der Patient*innen und Besonderheiten bei der Behandlung auszutauschen, bei Bedarf den Gesamtbehandlungsplan anzupassen bzw. zusätzliche Hilfen zu planen und einzuleiten. Die Fallbesprechung ist somit in ihrer Funktion wesentlicher Anker der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V und Grundvoraussetzung für den</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<b>Beteiligten sind mindestens einmal im Quartal durchzuführen.</b>	Behandlungserfolg einer komplexen und interdisziplinären Versorgung von Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen...	
Anlage	7		47	CBP	<p>Vorschlag:</p> <p>„7. Fallbesprechung</p> <p>a. <i>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.</i></p> <p>b. <i>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</i></p> <p>d. <i>fachlicher Austausch zu Komorbiditäten e. Auswertung des Assessments z.B. nach § 13 Absatz 3 mit Behandlungsteam“</i></p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
Anlage	8	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu KBV Leistungsmodul „Überleitungsmanagement“	Hierbei ist auch ein Kurzbericht für die weiterbehandelnden Leistungserbringer*innen vorzusehen.	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt. <b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
Anlage	8		47	CBP	Vorschlag: <i>„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“</i>		<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
Anlage	9	KBV	02	BPtK	<p>Zustimmung zu KBV Leistungsmodul Re-Assessment nach § 13 Absatz 3:</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Systematische Erfassung und Bewertung der Schwere der Symptomatik der vorliegenden psychischen Erkrankungen und der daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen,</b></li> <li>• <b>Erfassung der beruflichen und sozialen Teilhabe und des fortbestehenden Unterstützungsbedarfs (u. a. in den Bereichen Arbeit, Wohnen),</b></li> <li>• <i>Anwendung eines Instruments nach § 2 Absatz 3,</i></li> <li>• <b>Erfassung der Therapiezieelerreichung,</b></li> <li>• <i>Zusammenstellung aller notwendigen Befunde der mitbehandelnden Netzverbund-mitglieder und Kooperationspartner*innen,</i></li> <li>• <i>Auswertung und Beratung der Ergebnisse mit den mitbehandelnden Netzverbund-mitgliedern und Kooperationspartner*innen,</i></li> <li>• <i>ggf. Anpassung des Gesamtbehandlungsplans,</i></li> </ul>	<p>...in diesem Zusammenhang (ist) auch eine systematische Erfassung der Schwere der Symptomatik und der bestehenden Funktionseinschränkungen vorzusehen. Hierbei sind geeignete standardisierte diagnostische Instrumente, einschließlich eines Instruments nach § 2 Absatz 3, einzusetzen. Ein besonderes Augenmerk sollte bei den Re-Assessments auf die Erfassung der beruflichen und sozialen Teilhabe gelegt werden.</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
					<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Beratung des Ergebnisses des Re-Assessments mit der Patient*in.</b></li> </ul>		
Anlage	9		47	CBP	<p>Vorschlag:</p> <p>„9) Koordination und Management im Netzverbund</p> <p>a. Gewährleistung der Anforderungen an den Netzverbund</p> <p>b. Koordination der gruppentherapeutischen Angebote</p> <p>c. Versorgungsabklärung</p> <p>d. Gewährleistung des Behandlungsteams</p> <p>e. Dokumentation und Umsetzung der Qualitätssicherung</p> <p>f. Informationsbereitstellung zu spezifischen bundesweiten oder regionalen Hilfs - und Entlastungsangeboten (z. B. Pflegedienste, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen)</p> <p>g. Koordination der Zusammenarbeit mit gemeindepsychiatrischen Verbänden“</p>		<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
Anlage	10	KBV	02	BPtK	Zustimmung zu KBV Leistungsmodul „Koordination durch die Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in“	Die Übernahme der Koordination durch Bezugsärzt*in/-psychotherapeut*in muss ein zentrales Leistungselement der Versorgung nach dieser Richtli-	<b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.



§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						<p>nie sein. Hierdurch wird sichergestellt, dass patientenindividuell eine komplexe multiprofessionelle Versorgung aufgebaut, über die Zeit aufrechterhalten und in abgestimmter Form durchgeführt werden kann. Daher ist dieses Leistungselement, wie im Vorschlag der KBV vorgesehen, ausreichend zu definieren. Bestandteil der Koordinierungsaufgabe der Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in ist auch die stetige motivierende Unterstützung von Patient*innen und Angehörigen.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>
Anlage	11	KBV	02	BPtK	<p>Zustimmung zu KBV Leistungsmodul „<i>Koordination und Management im Netzverbund</i>“</p>	<p>Die BPtK begrüßt den Vorschlag für das Leistungsmodul ... als eine übergreifende, nicht unmittelbar patientenbezogene Leistung, die für die beteiligten Netzverbundmitglieder eine wesentliche Unterstützung bei der Umsetzung der Versorgung nach dieser Richtlinie</p>	<p><b>KBV:</b> Der Anregung der Stellungnehmer wird grundsätzlich, aber nicht im Wortlaut, gefolgt.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.</p>

Stand: 26.07.2021

§	Absatz	ggf. Position	Lfd. Nr.	Institution	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung	Würdigung der Stellungnahme
						darstellt. Um die hier aufgeführten Leistungen und Aufgaben wirksam übernehmen zu können, ist eine Mindestgröße des Netzverbundes gemäß § 4 unerlässlich.	

**B-10 BMG-Nichtbeanstandung**



**Bundesministerium  
für Gesundheit**

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

**Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin**

**Dr. Josephine Tautz  
Ministerialrätin  
Leiterin des Referates 213  
"Gemeinsamer Bundesausschuss,  
Strukturierte Behandlungsprogramme  
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in  
der GKV"**

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

**vorab per Fax: 030 - 275838105**

**Berlin, 7. Dezember 2021  
AZ 213 - 21432 - 99**

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 2. September 2021  
hier: Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und  
strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit  
komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf  
(KSVPsych-RL)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Es wird auf Folgendes hingewiesen:

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

Seite 2 von 2

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Dr. Josephine Tautz

## B-11 Bundesanzeiger-Veröffentlichung



# Bundesanzeiger

Herausgegeben vom  
Bundesministerium der Justiz  
www.bundesanzeiger.de

## Bekanntmachung

Veröffentlicht am Freitag, 17. Dezember 2021  
BAnz AT 17.12.2021 B3  
Seite 1 von 8

---

### Bundesministerium für Gesundheit

**Bekanntmachung  
eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Erfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende,  
koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte  
mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

**Vom 2. September 2021**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 2. September 2021 folgende Erfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) beschlossen:

I.

Die Richtlinie wird wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

A. Allgemeines

§ 1

#### Zweck und Versorgungsziele

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

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

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

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

1. Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten, berufsgruppenübergreifenden Krankenbehandlung,
2. Zeitnahe Diagnostik und Feststellung des Versorgungsbedarfs,
3. Qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung,
4. Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten,
5. Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund,
6. Abgestimmter, verbindlicher Gesamtbehandlungsplan,



7. Erleichterung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Behandlung,
8. Einbezug des sozialen Umfelds,
9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.

### § 2

#### Definition der Patientengruppe

(1) Diese Richtlinie regelt die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung von Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer psychischen Erkrankung nach Absatz 2, bei denen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen nach Absatz 3 vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf nach Absatz 4 besteht.

(2) Es liegt eine psychische Erkrankung aus dem V. Kapitel (F10 bis F99) des ICD-10-GM vor.

(3) Zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigungen in den verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten ist die GAF-Skala<sup>1</sup> heranzuziehen. Orientierungswert für deutliche Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus und Indikationskriterium für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist ein GAF-Wert von höchstens  $\leq 50$ .

(4) Ein komplexer Behandlungsbedarf liegt vor, wenn zur Erreichung des Behandlungsziels (Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerung) pro Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplinen gemäß § 3 Absatz 2 bis 3 notwendig ist.

### § 3

#### Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

(1) Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt sind Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wenn sie entweder

1. Mitglied in einem Netzverbund nach Absatz 2 sind,
2. in Absatz 3 Satz 1 genannte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer sind und einen Kooperationsvertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben oder
3. gemäß Absatz 4 bei Bedarf oder gemäß Absatz 12 in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden sowie dem Netzverbund eine Genehmigung nach Absatz 9 vorliegt.

(2) Der Netzverbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss von zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Satz 2 einer Region (Netzverbundmitglieder), die unter Beachtung der jeweiligen berufs- und leistungsrechtlichen Vorgaben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung von psychisch Erkrankten im Sinne des § 2 in der Region gewährleisten. Netzverbundmitglieder können Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sein, die jeweils selbst eine oder einer der im Folgenden genannten Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind oder eine dieser Qualifikationen über eine Anstellungsgenehmigung bereithalten:

1. Fachärztinnen und Fachärzte für
  - a) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - c) Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie,
2. ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie
3. Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie.

Für die Versorgung nach dieser Richtlinie stehen im Netzverbund mindestens insgesamt 10 der Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach Satz 2 zur Verfügung; von diesen mindestens vier Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Satz 2 Nummer 1 und vier Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß Satz 2 Nummer 2. Die Netzverbundmitglieder schließen einen Netzverbundvertrag, der insbesondere die Ausgestaltung der Festlegungen in § 6 regelt.

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

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

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



4. einem Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a Absatz 4 SGB V abgeschlossen hat.

Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Zusätzlich ist die Kooperation mit einem Krankenhaus anzustreben, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt.

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

(5) Darüber hinaus sollen zur Adressierung des Versorgungsziels nach § 1 Absatz 3 Nummer 9 bei Bedarf insbesondere berücksichtigt werden:

1. Sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
3. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
4. zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
5. Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Menschen mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
6. Psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen,
7. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
8. Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und
9. Psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten.

(6) Die in dieser Richtlinie verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

(7) Die Versorgung der Patientin und des Patienten nach dieser Richtlinie erfolgt therapiezielorientiert auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten gemäß § 4 in Verbindung mit einer Koordination der Versorgung gemäß § 5 und in Kooperation mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Absatz 3 und bei Bedarf in Zusammenarbeit mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß Absatz 4 und Absatz 12.

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

(9) Netzverbundverträge und Kooperationsverträge sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. Erfüllen diese die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie, ist dem Netzverbund durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung zu erteilen. Die Genehmigung ist Voraussetzung für die Berechtigung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1 zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie; sie gilt auch für nach dem Zeitpunkt der Genehmigungserteilung hinzutretende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1. Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner nach Absatz 3 sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Bei Netzverbänden, die über die Mindestvoraussetzungen nach Absatz 2 hinausgehen, ist die Aufnahme von neuen Netzverbundmitgliedern und das Ausscheiden von Netzverbundmitgliedern innerhalb von drei Monaten mitzuteilen; das Bestehen des Netzverbundes ist dadurch nicht berührt.

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

(11) Die Netzverbände teilen ihr Angebot sowie ihre Erreichbarkeit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Landeskrankengesellschaft zur Information der Patientinnen und Patienten mit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der Netzverbände bereit; sie stellen den



Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Verzeichnis in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

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

#### § 4

##### Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

(1) Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist der zentrale Ansprechpartner und trägt die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie ein dem Gesamtbehandlungsplan entsprechendes Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile für die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie oder er muss über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 5 Absatz 2 zu delegieren. Sie oder er ist Netzwerkmitglied oder bei einem solchen Netzwerkmitglied angestellt und gehört einer der folgenden Fachgruppen an:

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

Ist ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V Kooperationsvertragspartner, kann auch eine Fachärztin oder ein Facharzt oder eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut nach Satz 3 Nummer 1 bis 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut sein.

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

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

1. die Erstellung, dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und in Zusammenarbeit mit der koordinierenden Person nach § 5,
2. die unverzügliche Einleitung einer ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten oder vollstationären Behandlung,
3. die Einleitung einer somatischen Abklärung und, falls erforderlich, die Veranlassung einer Behandlung.

#### § 5

##### Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

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

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

1. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,





2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,
3. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
4. Medizinische Fachangestellte,
5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,
6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,
7. Pflegefachpersonen,
8. Psychologinnen und Psychologen.

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

### § 6

#### Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

(1) Die Netzverbundmitglieder haben durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass

1. die Koordination der berufsgruppenübergreifenden, strukturierten und sektorenübergreifenden Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten entsprechend den Vorgaben nach § 5 erfolgt,
2. die Herstellung des Erstkontakts zum Netzverbund in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen); die Eingangssprechstunde dient der Abklärung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2, vorbehaltlich der Ergebnisse der differenzialdiagnostischen Abklärung,
3. die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah nach der Eingangssprechstunde erfolgt (in der Regel innerhalb von sieben Werktagen nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 2),
4. der Beginn der Behandlung innerhalb des Netzverbundes zeitnah erfolgt,
5. eine einheitliche Patientenkommunikation (gemeinsame Entscheidungsfindung, unterstützte Kommunikation) gewährleistet ist,
6. eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen sowie berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgt,
7. eine den Vorgaben der IT-Sicherheit und des Datenschutzes entsprechende elektronische Kommunikation innerhalb des Netzverbundes gewährleistet ist,
8. Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie beispielsweise ambulante psychiatrische Pflegedienste oder Krankenhäuser gewährleistet werden,
9. Regelungen zur Terminfindung innerhalb des Netzverbundes getroffen werden,
10. patientenorientierte Fallbesprechungen insbesondere unter Einbeziehung der an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauf folgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen,
11. Qualitätsmanagementverfahren vereinbart und eingehalten werden sowie eine regelmäßige Beteiligung an Fortbildungsinitiativen innerhalb des Netzverbundes (bspw. Qualitätszirkel) erfolgt.

(2) Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Patientinnen und Patienten sind vor Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie umfassend über das Versorgungsangebot in allgemeinverständlicher Sprache zu informieren, insbesondere allgemein über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots. Auf Basis des (vorläufigen) Gesamtbehandlungsplans erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen sowie den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen.

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

(3) Die Beratung und Behandlung können auch über Kommunikationsmedien ergänzt sowie durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Die Regelungen für die Leistungserbringung mittels digitaler Medien gemäß SGB V sind dabei einzuhalten.



(4) Die Einhaltung der in den Absätzen 1 bis 3 geregelten Aufgaben und Anforderungen ist durch geeignete Regelungen im Netzverbundvertrag sicherzustellen.

### B. Patientenversorgung

#### § 7

##### Zugang

(1) Die Versorgung nach dieser Richtlinie bedarf der Überweisung oder der Empfehlung, sofern der direkte Zugang nicht bei einem Netzverbundmitglied erfolgt ist.

(2) Eine Überweisung oder Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie kann bei Vorliegen oder Verdacht auf eine Indikation nach § 2 ausgesprochen werden durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Sozialpsychiatrische Dienste oder ermächtigte Einrichtungen.

(3) Eine Empfehlung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie kann im Rahmen des Entlassmanagements vor Entlassung aus einer teil-, vollstationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der Einrichtung ausgesprochen werden.

(4) Mit der Empfehlung oder Überweisung wird die Patientin oder der Patient über das Versorgungsangebot informiert und erhält eine Übersicht der regional zugänglichen Netzverbünde. Mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten vermittelt die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer nach Absatz 2 oder 3, die oder der die Überweisung oder Empfehlung ausspricht, bei dem von der Patientin oder dem Patienten gewählten Netzverbund unmittelbar einen Termin nach § 6 Absatz 1 Nummer 2. Bei der Wahl des Netzverbundes ist der Patientenwille zu berücksichtigen.

#### § 8

##### Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

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

1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,
2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder
3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.

(2) Für die Versorgung im Rahmen dieser Richtlinie stehen die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung. Die jeweils zu wählenden Interventionen richten sich dabei nach der Diagnose und dem Schweregrad der Erkrankung. Erforderliche Behandlungsmaßnahmen werden unmittelbar eingeleitet.

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

(4) Die parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten im Rahmen mehrerer Netzverbünde nach dieser Richtlinie ist ausgeschlossen. Daher ist der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund der zuständigen Krankenkasse durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten anzuzeigen.

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

#### § 9

##### Gesamtbehandlungsplan

(1) Auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung wird in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten ein patientenindividueller, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifischer Gesamtbehandlungsplan durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin



oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 3 Absatz 1 sowie bei Bedarf relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele sowie insbesondere Angaben zum Bedarf an ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrischer häuslicher Krankenpflege. Der Gesamtbehandlungsplan beinhaltet auch Angaben zur Erforderlichkeit von Maßnahmen zur differenzialdiagnostischen somatischen Abklärung und zur Behandlungsnotwendigkeit von somatischen Komorbiditäten durch Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie. Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans ist in Abstimmung mit dem Patienten oder der Patientin auch die namentliche Benennung der Person, die die Koordination nach § 10 durchführt.

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

(3) 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 Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer notwendig, haben sie den Änderungsbedarf der Bezugärztin oder dem Bezugarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mitzuteilen. Diese oder dieser entscheidet über die Anpassung des Gesamtbehandlungsplans; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Bei Anpassung des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob hinsichtlich der Vorgaben in § 8 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 bis 3 Änderungen eingetreten sind.

### § 10

#### Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerk

Die Koordination nach § 5 umfasst:

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

### § 11

#### Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

(1) Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patientin oder des Patienten in eine Versorgung nach dieser Richtlinie wird während des stationären Aufenthalts in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene im Rahmen des Entlassmanagements durch die Anwendung eines geeigneten Assessments gemäß § 39 Absatz 1a Satz 1 SGB V der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Bei der Erstellung des Entlassplans ist den Bedürfnissen schwer psychisch Erkrankter Rechnung zu tragen und der komplexe Behandlungsbedarf im Sinne dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

(2) Liegen dem Krankenhaus Informationen vor, dass eine Patientin oder ein Patient bereits nach dieser Richtlinie versorgt wird, übermittelt das Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten den Entlassbrief gemäß des Rahmenvertrages über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung an die Bezugärztin oder den Bezugarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten. Die die Koordinationsaufgaben nach § 10 durchführende Person wird über das voraussichtliche Datum der Entlassung informiert.

(3) Stellt das Krankenhaus im Rahmen der Entlassdiagnostik nach Absatz 1 einen Verdacht auf eine Indikation nach § 2 und damit die Möglichkeit des Bedarfs für eine Versorgung nach dieser Richtlinie fest, empfiehlt das Krankenhaus die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie und nimmt mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten Kontakt zu einem Netzwerk nach § 3 auf und übermittelt diesem das Ergebnis der Entlassdiagnostik. Es vereinbart für die Patientin oder den Patienten einen Termin zur Eingangssprechstunde. Der Termin hat spätestens sieben Werktage nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin aus der stationären



Behandlung zu erfolgen. Bei Ablehnung der Vermittlung in einen Netzverbund informiert das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten über alternative Versorgungsmöglichkeiten.

(4) Wird im Rahmen der Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ein teilstationärer, vollstationärer oder stationsäquivalenter Behandlungsbedarf im Sinne des § 39 Absatz 1 SGB V festgestellt, sind dem aufnehmenden Krankenhaus mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die erforderlichen Informationen des bisherigen Behandlungsverlaufes und der Therapieziele durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zur Verfügung zu stellen.

(5) Sofern sich nach der Krankenhausbehandlung eine Versorgung nach dieser Richtlinie anschließen soll, in deren Rahmen auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden. Das Krankenhaus kann hierzu in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten mit einem Netzverbund Kontakt aufnehmen zur Terminvermittlung für die probatorischen Sitzungen.

### § 12

#### Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

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

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

#### C. Evaluation

### § 13

#### Evaluation

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

### II.

Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 2. September 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende  
Prof. Hecken