

**Dialog**

**Weiterentwicklung**  
Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

**Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen  
- auf dem Weg zur personenzentrierten Versorgung von psychisch erkrank-  
ten Menschen**

Projektbericht

31.08.2022

Förderkennzeichen: ZMVI1-2518FSB710

Laufzeit: 15. September 2018 bis 28. Februar 2022

Projektausführung:

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Oppelner Straße 130

53119 Bonn

## **1. Titel und Verantwortliche**

### **Titel:**

Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen - auf dem Weg zur personenzentrierten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen

### **Projektleitung:**

Ulrich Krüger, Jörg Holke, Prof. Dr. Peter Brieger, Prof. Dr. Jörg Fegert

Wissenschaftliche Mitarbeit: Henrike Kleinertz, Norbert Rüter, Christian Zechert

## 2. Inhaltsverzeichnis

1. Titel und Verantwortliche.....	2
2. Inhaltsverzeichnis .....	3
3. Zusammenfassung .....	5
4. Einleitung .....	6
5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik .....	8
5.1 Projektstruktur.....	8
5.2 Gremien im Dialog .....	8
6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan .....	10
6.1 Prozessbeschreibung .....	10
6.2 Gremientreffen.....	11
6.3 Regelmäßige Veranstaltungen und Instrumente zur Beteiligung im Dialog ....	12
6.3.1 Dialogforen .....	12
6.3.2 Verbändetreffen.....	14
6.3.3 Treffen der Selbsthilfe.....	15
6.3.4 Stellungnahmen.....	15
6.3.5 Querschnittsthema „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ .....	16
6.3.6 Projekt der APK „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher“ (KiJu WE).....	16
6.3.7 Ergebnisse der Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern	18
6.4 Arbeits- und Zeitplan.....	18
6.4.1 Meilensteine .....	18
6.4.2 Regelmäßige Abstimmung mit dem BMG.....	19
6.4.3 Durchführung und Projektverlauf .....	19
7. Ergebnisse .....	27
7.1 Zielerreichung.....	27
7.2 Konsentierete Zielsetzungen und Handlungsfelder .....	28

7.3	Diskutierte rechtliche Handlungsoptionen zu den konsentierten Handlungsbereichen.....	34
7.3.1	Aspekte der Diskussion zu den gesetzesbezogenen Handlungsempfehlungen .....	34
7.3.2	Sonstige diskutierte Themen/Handlungsempfehlungen (Spiegelstrichliste im Anhang).....	45
8.	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung .....	46
8.1	Breiter Dialog .....	46
8.2	Starke Einbeziehung der Selbsthilfe .....	46
8.3	Erzielte Einigung auf Schwerpunktthemen der Dialogforen.....	47
8.4	Konsentierte Zielsetzungen und Handlungsfelder .....	47
8.5	Hinweise zu gesetzlichen bzw. gesetzesbezogenen Maßnahmen zur Verbesserung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen.....	47
8.6	Bewertung durch die Mitglieder der Dialoggruppe.....	48
8.7	Bewertung durch die Geschäftsstelle .....	48
9.	Gender Mainstreaming Aspekte.....	48
10.	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse .....	49
10.1	Internet .....	49
10.2	Veranstaltungen.....	50
10.3	Information der Gesundheitspolitik .....	50
11.	Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential) .....	51
12.	Anhang.....	52

### 3. Zusammenfassung

Der durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiierte Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen hatte zur Zielsetzung, eine Standortbestimmung vorzunehmen, sich über Entwicklungsbedarfe zu verständigen sowie Handlungsempfehlungen zu formulieren. Im Vordergrund standen dabei Leistungen des Sozialgesetzbuch V (SGB V).

Um die Beteiligung von Fach-, Berufs- und Wohlfahrtsverbänden, Fachleuten aus den Reihen der Leistungsträger, Leistungserbringer, der Forschung sowie von Planungsverantwortlichen und Nutzerinnen und Nutzern psychiatrisch/psychotherapeutischer Hilfen sicherzustellen, wurde als zentrales Gremium die Dialoggruppe gebildet, die viermal ganztägig tagte. Darüber hinaus wurden weitere temporäre Expertengruppen (z. B. Verbändetreffen) eingerichtet. Auch konnten Verbände und Einzelpersonen über die Eingabe von schriftlichen Stellungnahmen während des gesamten Prozesses die eigene Sichtweise einbringen.

Der Einbeziehung der Selbsthilfe kam besondere Bedeutung zu. Sie wurde sichergestellt durch enge Kooperation mit dem Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG).

Im Rahmen einer ersten Standortbestimmung im November 2018 wurden folgende vier Hauptthemenfelder benannt:

- Versorgungsbereiche – ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung und medizinische Rehabilitation
- Selbstbestimmung und Partizipation
- Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen
- Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation

Im Ergebnis wurde in der Lenkungsgruppe des Dialogs zu jedem dieser Themenbereiche im vorgesehenen Verfahren ein Konsens über Empfehlungen zu konkreten Zielsetzungen und Handlungsfeldern erreicht und schriftlich festgehalten.

Darüber hinaus wurden zu diesen Zielsetzungen und Handlungsempfehlungen von der Geschäftsstelle des Dialogs Möglichkeiten von gesetzlichen bzw. gesetzesbezogenen Maßnahmen formuliert und den Mitgliedern der Dialoggruppe zur Stellungnahme vorgelegt. Die gesetzesbezogenen Empfehlungen wurden nicht konsentiert. Der Diskussionsprozess wurde ausgewertet und die Entwürfe sind schriftlich fixiert.

Auf diese zweiteilige Weise sind wichtige Impulse zur Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen entstanden. Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages ließ sich in der Abschlusssitzung der 19. Legislatur über den Stand des Projekts berichten und die Themenfelder erläutern.

#### **4. Einleitung**

Der „Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen psychisch erkrankter Menschen“ (2018-2022) baut auf die Logik des Psychiatriereform-Prozesses auf und entwickelt auf dieser Grundlage Empfehlungen zur weiteren Verbesserung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen. Bereits in der Vergangenheit hat es einige Bemühungen gegeben, die Versorgung gerade von schwer psychisch kranken Menschen zu verbessern. Hier seien zur kontextualen Einbettung ein paar Beispiele aufgezeigt.

Im November 1975 wurde dem Deutschen Bundestag der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ (vgl. Bundesdrucksache 7/4200) durch die 1971 eingesetzte Sachverständigenkommission zugeleitet. Dieses Dokument hatte starke Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Hilfen für psychisch kranke Menschen. Das Ziel der Reform bestand darin, von einer verwahrenden zu einer therapeutischen und rehabilitativen Psychiatrie zu kommen. Dazu wurde von 1980 bis 1985 unter Federführung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit das „Modellprojekt Psychiatrie“ durchgeführt. Der im November 1988 der Bundesregierung vorgelegte Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich“ umfasste Empfehlungen zur allgemeinpsychiatrischen Versorgung verschiedener Funktionsbereiche, Versorgung von speziellen Gruppen sowie Aspekte personeller, administrativer und legislativer Grundlagen und Empfehlungen für deren Durchsetzung. Deutlich wird dabei das Leitprinzip „ambulant vor stationär“ herausgestellt. Um den außerklinischen Bereich zu fördern, wurde vom Bundesministerium für Gesundheit 1992 ein Forschungsauftrag „Bestimmung von Leistungsprofilen und Richtwerten zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung“ an die Aktion Psychisch Kranke (APK) vergeben. Hierdurch erhoffte man sich deutliche Impulse zur Verbesserung des Behandlungsangebo-

tes im komplementären Bereich. Mit dem vorgelegten Bericht „Von Institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung“ wurde eine weitere grundlegende konzeptionelle Empfehlung ausgesprochen.

Seither hat es vielfältige Einzelansätze (sowohl Projekte als auch Rechtsetzungsvorgaben) zur Weiterentwicklung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung gegeben. Hier sei der vom Bundesminister für Gesundheit geleitete „Strukturierte Dialog zum Entgeltsystem in psychiatrisch/psychotherapeutischen und psychosomatischen Einrichtungen“ genannt sowie die weiteren BMG-geförderten Projekte „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte und demente Menschen (2009)“, „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ (2017) sowie zur Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem (2021). Sie alle hatten das Ziel Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Hilfen für psychisch erkrankte Menschen zu erarbeiten.

Aufbauend auf den bisherigen Erkenntnissen aus den Projekten und den 2018 veröffentlichten Empfehlungen des Sachverständigenrates für die Begutachtung im Gesundheitswesen startete im selben Jahr das Bundesministerium für Gesundheit den „Dialog zur Weiterentwicklung psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen“. In diesem wurden mit Vertreterinnen und Vertretern der Fachverbände sowie Expertinnen und Experten Handlungsempfehlungen formuliert, in deren Fokus die Optimierung von psychiatrischen/psychotherapeutischen/psychosomatischen Hilfen bezogen auf das SGB V standen.

Für die Organisation des Dialogs wurde der APK im Rahmen des Projekts die Aufgabe der Geschäftsstelle übertragen.

## 5. Erhebungs- und Auswertungsmethodik

### 5.1 Projektstruktur

Die Struktur des Dialogs wurde bereits im Projektantrag beschrieben und nach der Projektbewilligung mit dem BMG weiterentwickelt, abgestimmt und im folgenden Schaubild veranschaulicht. Danach waren die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen der Dialoggruppenmitglieder die wesentliche Erhebungsgrundlage. Diese sollten mit einem thematisch strukturierten Diskussionsprozess zu Empfehlungen an das Bundesministerium für Gesundheit verdichtet werden.

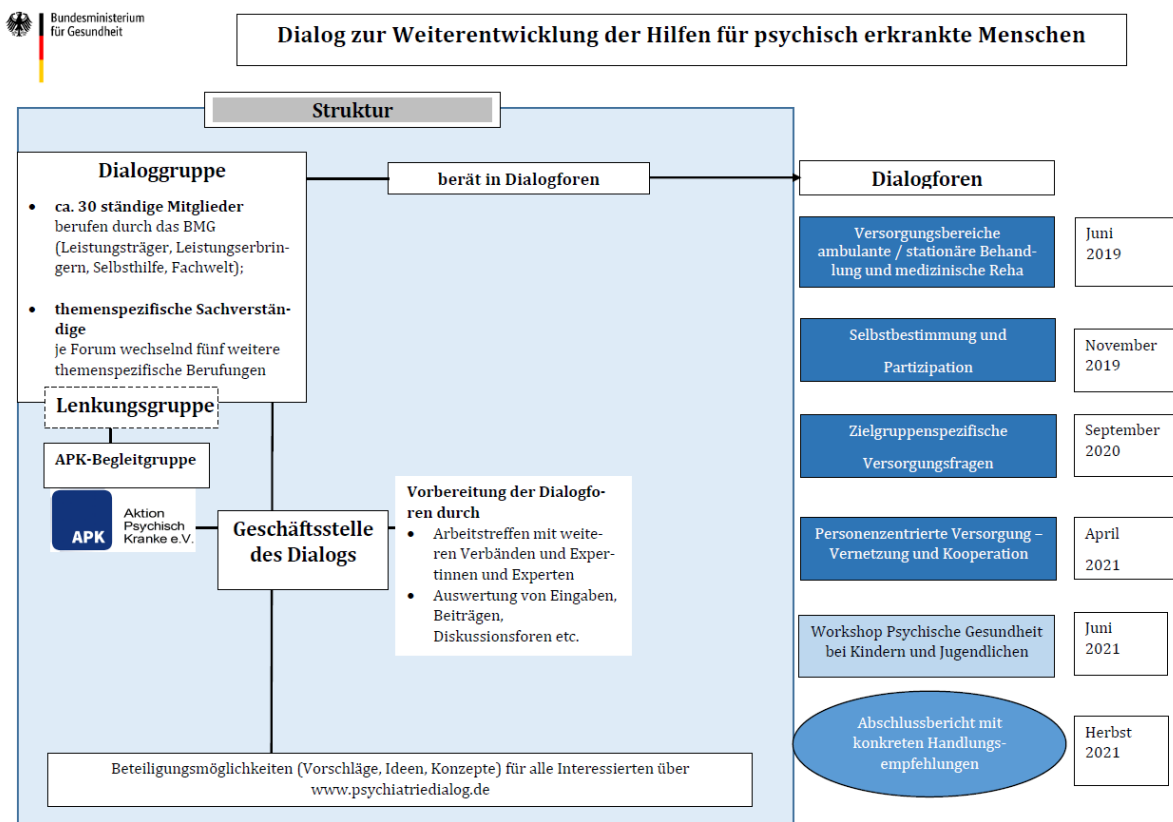


Abbildung 1: Struktur des Dialogs

Die Gremien bzw. Veranstaltungen, welche in dem Schaubild dargestellt sind, werden im Folgenden beschrieben.

### 5.2 Gremien im Dialog

Das Bundesministerium für Gesundheit hat zu dem Dialog aufgerufen, die Mitglieder der Dialoggruppe persönlich benannt und der Aktion Psychisch Kranke im Rahmen des Projekts die Funktion der Geschäftsstelle übertragen. Neben der engen Abstimmung aller



Aktionen innerhalb des Projektes mit dem BMG, welche in Form von Telefon- und Mailkontakten sowie monatlichen Arbeitstreffen stattfand, übernahm die Geschäftsstelle des Dialogs die Vor- und Nachbereitung von Treffen mit interessierten Fach-, Berufs- und Wohlfahrtsverbänden wie auch die Auswertung von Eingaben, Beiträgen und Diskussionen.

Im April 2019 wurde die Dialoggruppe als zentrales Gremium mit 30 ständigen Mitgliedern durch das BMG eingesetzt. Die benannten Mitglieder (siehe Anhang) kamen aus den Bereichen der Leistungserbringer, der Leistungsträger, der Selbsthilfe sowie der Fachwelt. Durch den plötzlichen Tod eines Mitglieds der Dialoggruppe wurde im Jahr 2020 die Position der Angehörigensicht nachbesetzt.

Dem BMG war es ein wichtiges Anliegen, dass in die Dialoggruppe vielfältige Fachexpertise, Erfahrungswissen und unterschiedliche Perspektiven eingebracht wurden. Damit war auch zugleich die Heterogenität der Interessenlagen transparent als Ausgangspunkt für den Dialogprozess festgeschrieben. Diese Heterogenität galt es als besondere Herausforderung im weiteren Prozess zu berücksichtigen und zu beachten und ihr mit Methoden der „Pendeldiplomatie“ und Kompromissbildung zu begegnen, um Einigungsprozesse zu ermöglichen.

Grundlage der Diskussion in der Lenkungsgruppe waren schriftliche Stellungnahmen von Fachverbänden und Einzelexpertinnen und Experten. Diese wurden schriftlich von der Geschäftsstelle erbeten, auf der Homepage des Projekts veröffentlicht und von der Geschäftsstelle ausgewertet.

Als weiteres Gremium wurde im August 2019 durch das BMG eine Lenkungsgruppe eingesetzt. Sie bestand aus neun Mitgliedern der Dialoggruppe und hatte zur Aufgabe

- die Auswertung der Dialogforen und der schriftlichen Stellungnahmen,
- die Diskussion und die Abstimmung der Handlungsempfehlungen zu den einzelnen Dialogforen und schließlich zum Gesamtdialog,
- die Vorbereitung der Dialogforen, insbesondere die Themensetzung und Unterbreitung von Vorschlägen für Impulsbeiträge sowie die Auswahl von zusätzlichen Expertinnen und Experten.

Auch hier war es das Anliegen des BMG, dass sich verschiedene Perspektiven in der Besetzung der Lenkungsgruppe widerspiegeln und die daraus resultierende Heterogenität durch Transparenz und moderierte Diskussion konstruktiv genutzt werden konnten.

Der Lenkungsgruppe gehörten folgende Personen an:

- Prof. Dr. Jörg M. Fegert (Leiter der Lenkungsgruppe bis zur Auswertung des ersten Treffens der Dialoggruppe)
- Prof. Dr. Peter Brieger (Leiter der Lenkungsgruppe ab dem zweiten Treffen der Dialoggruppe)
- Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz
- Mathias Rosemann
- Hermann Stemmler
- Dr. Julian Dilling
- Dr. Frank Bergmann
- Prof. Dr. Ingmar Steinhart
- Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach

sowie Frau Prof. Dr. Anke Bramesfeld, als Ländervertreterin.

## **6. Durchführung, Arbeits- und Zeitplan**

### 6.1 Prozessbeschreibung

Es handelte sich um einen strukturierten Dialog des BMG mit Fachverbänden sowie Fachleuten zur Standortbestimmung und zur Formulierung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung psychiatrisch/psychotherapeutischer Hilfen.

Die Verständigung über Entwicklungsbedarfe und die Formulierung von Empfehlungen zu Zielsetzungen, Handlungsfeldern und -optionen zur Weiterentwicklung sollten sich auf die Hilfen für alle Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen beziehen und die Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen, alten Menschen sowie weiteren Zielgruppen mit besonderen Behandlungsbedarfen berücksichtigen.

Jüngst abgeschlossene Gesetzgebungsverfahren sowie auf gesetzlicher Grundlage bereits laufende Diskussionen und Entscheidungsprozesse in anderen Gremien, insbesondere im G-BA wurden durch den Dialog nicht erneut aufgegriffen. Die damit verbundene Zielsetzung der Vermeidung von Parallelprozessen und Wiederholung bzw. Doppelung von Diskussionen konnte so umgesetzt werden.

Im gesamten Prozess wurden bestehende Strukturen des gegliederten Sozialversicherungssystem und finanzieller Rahmenbedingungen beachtet. Die Empfehlungen des Sachverständigenrates wurden als fachliche Grundlagen einbezogen.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen liegen vorrangig im Regelungsbereich des BMG.

Wesentliches Ziel war der konstruktive Austausch zwischen bestehenden Positionen und die Formulierung möglichst konsentierter Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen.

Zentrales Anliegen dieses Projekts war die breite Einbeziehung heterogener Fachexpertise. Beteiligt wurden Fachverbände sowie Fachleute aus den Reihen der Leistungsträger, Leistungserbringer, der Forschung, der Planungsverantwortlichen und der Nutzerinnen und Nutzer psychiatrisch/psychotherapeutischer Leistungen.

Im Rahmen der Organisation des Dialoges wurden keine neuen Daten zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung erhoben bzw. ausgewertet. In der Vorbereitung der Themenfelder und Dialogforen wurde auf vorhandene Daten in der Psychiatrieberichtserstattung der Länder, den Geschäftsberichten der gesetzlichen Krankenversicherung, der Krankenhausstatistik und der Gesundheitsberichterstattung des RKI zurückgegriffen.

## 6.2 Gremientreffen

Über einen Zeitraum von ca. 33 Monaten hat sich die Dialoggruppe in vier Dialogforen mit den oben aufgeführten Themenfeldern beschäftigt und Handlungsempfehlungen daraus erarbeitet. Die Mitglieder der Dialoggruppe wurden vom Bundesministerium für Gesundheit persönlich zur Mitwirkung eingeladen. Sie haben diese Einladung angenommen und als Expertinnen und Experten, nicht als Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen oder Verbänden, an den Dialogforen teilgenommen. Dadurch sollte eine freiere Diskussion ohne vorherige Abstimmung in den Verbänden ermöglicht werden. Allerdings sollten alle Mitglieder der Dialoggruppe mit den Verbänden, Berufsgruppen, Fachgesellschaften usw., zu den Themen des Dialogs Kontakt halten, in denen sie berufstätig oder in anderer Form engagiert waren. Dies ist gelungen. So haben sich auch die Vorstände bzw. zuständigen Gremien der Fachverbände mit den Inhalten des Dialogs auseinandergesetzt und die gefundenen Positionierungen schriftlich eingereicht.

Zu jedem der vier Dialogforen fanden vorgeschalteten Verbände- und Expertentreffen sowie Treffen der Selbsthilfe statt. Im Folgenden werden zunächst die einzelnen Veranstaltungsformen kurz beschrieben. Daran anschließend wird die Möglichkeit der Eingabe von Stellungnahmen skizziert.

Die Treffen der Lenkungsgruppe fanden Corona-bedingt als Videokonferenzen statt.

## 6.3 Regelmäßige Veranstaltungen und Instrumente zur Beteiligung im Dialog

### 6.3.1 Dialogforen

Für den Projektzeitraum waren vier Dialogforen geplant. Zusätzlich zu den Mitgliedern der Dialoggruppe wurden zu allen Dialogforen weitere Expertinnen und Experten als ständige Gäste eingeladen. Hierzu zählten die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, die Leitung Fachgebiet 26: Psychische Gesundheit beim Robert Koch-Institut und ein Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim BMG.

Das **erste Dialogforum** „Versorgungsbereiche – ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung und medizinische Rehabilitation“ fand am 05. Juni 2019 in Bonn als Präsenzveranstaltung statt. Neben den Mitgliedern der Dialoggruppe und den externen Gästen wurden vier weitere Expertinnen und Experten (siehe Anhang) eingeladen, um themenbezogene Statements abzugeben: Die sich in den Vorbereitungstreffen herauskristallisierenden Themen für mögliche Handlungsempfehlungen wurden bestätigt und die Geschäftsstelle wurde aufgefordert erste Entwürfe zu den Themenfeldern

- einzelfallbezogene Koordination,
- niedrigschwellige Hilfen bei psychiatrischen Krisen,
- ambulante Komplexleistungen und
- Medizinische Rehabilitation

zu erarbeiten.

Das **zweite Dialogforum** „Selbstbestimmung und Partizipation“ fand dem Zeitplan folgend am 11. November 2019 ebenfalls als Präsenzveranstaltung in Bonn statt. Bis auf eine Absage und eine Vertretung konnten alle benannten Mitglieder der Dialoggruppe sowie zwei der ständigen Gäste an dem Dialogforum teilnehmen. Zu diesem Dialogforum wurden sieben Expertinnen und Experten (siehe Anhang) zu den Themen

- Stärkung der Selbstbestimmung – partizipative Behandlungs- und Rehabilitationsplanung,
- Vermeidung von Zwang – Selbstbestimmung in der Behandlung,
- Stärkung von Selbsthilfe und Partizipation

eingeladen. Bei dem Punkt „Stärkung der Selbsthilfe und Partizipation“ wurden die Schwerpunkte auf die

- Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen in Beratung und Behandlung
- Einbeziehung von Bezugspersonen, insbesondere Angehörigen sowie die
- Partizipation/Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

gelegt.

Aus diesem Dialogforum ergaben sich vier Themenfelder, die die Grundlage für die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen darstellten. Dies sind:

- Selbstbestimmung auf der Einzelfallebene (Behandlungsplan, Behandlungsvereinbarung)
- Vermeidung von Zwang
- Partizipation (Patientenbeteiligung bei Planung/Steuerung, G-BA)
- Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen bei der Versorgung (Genesungsbegleiter, Ex-In, Kompetenz durch Krankheitserfahrung)

Das **dritte Dialogforum** zum Thema „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“ hat pandemiebedingt als virtuelle Veranstaltung am 22. September 2020 stattgefunden. Vorbereitende Diskussionen hatten gezeigt, dass neben der Erörterung besonderer Behandlungsbedarfe auch Bedarf an einer Diskussion zu dem übergeordneten Thema „Generalisierung versus Spezialisierung“ bestand. Eine Hinführung zu der Gesamthematik übernahm Frau Maria Becker, Ministerialdirigentin und Leiterin der Unterabteilung „Prävention, Nicht übertragbare Krankheiten“ des BMG. Es folgten fünf Impulsbeiträge (siehe Anhang) zu den Themen

- Besondere Behandlungsanforderungen der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung
- Besonderer Behandlungsbedarf bei Selbst- und Fremdgefährdung
- Einbeziehung von (Klein-)Kindern psychisch erkrankter Menschen
- Erstbehandlung

Aus dem sich anschließenden Austausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ergab sich als Zielbestimmung eine Empfehlung zur Fortentwicklung der Qualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung von Versicherten mit besonderem Behandlungsbedarf. Dadurch sollte ein gleichberechtigter Zugang dieser Patientengruppe und ein zielgruppenspezifisch qualifiziertes Behandlungsangebot sichergestellt werden (Inklusion, barrierefreier Zugang).

Aufgrund der seit über einem Jahr andauernden COVID-19-Pandemie und der damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen fand das **vierte Dialogforum** am 15. April 2021 ebenfalls als virtuelle Veranstaltung statt. Die Tagesordnung des vierten Dialogforums „Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation“ wurde thematisch in zwei Teile geteilt:

1. Verbindliche Kooperationsstrukturen mit Qualitätsstandards und
2. Personenzentrierte Organisation psychiatrischer/psychotherapeutischer Hilfen

In Absprache mit dem BMG wurden folgende Impulsbeiträge für die Themenblöcke vereinbart:

Zu 1. Kooperationen im Rahmen von SGB V-Leistungen und Gemeindepsychiatrische Verbände

Zu 2. Hilfen beim Zugang zu Behandlungsleistungen und Einbeziehung von Bezugspersonen/trialogische Steuerung

Eine externe Expertin sowie ein externer Experte (siehe Anhang) steuerten durch ihre Beiträge und Teilnahme an der Diskussion weitere fachliche Gesichtspunkte bei. Aus den Impuls- und Diskussionsbeiträgen haben sich vier Aspekte herauskristallisiert, die als Grundlage zur Formulierung von Handlungsempfehlungen dienen. Dies sind:

- Verbindliche Kooperationsstrukturen
- Zugangsberatung
- Zielgruppenspezifische (Primär-)Prävention von Menschen mit besonderen Gesundheitsrisiken
- Einbeziehung von Bezugspersonen, insbesondere von Angehörigen

Wie dargestellt haben alle vier geplanten Dialogforen stattgefunden und waren durch eine vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geprägt.

### 6.3.2 Verbändetreffen

Da nur ein sehr kleiner Teil der verbandspolitisch engagierten Akteurinnen und Akteure in den Dialogforen einbezogen waren, sollte mit jeweils den Dialogforen vorgeschalteten Verbändetreffen eine Einbeziehung von sonstigen Verbandsvertreterinnen und -vertre-

tern sowie Expertinnen und Experten ermöglicht werden. Auf den Verbändetreffen erläuterten Verbandsvertreterinnen und -vertreter die schriftlichen Stellungnahmen ihrer Verbände und nahmen gegebenenfalls nach der Diskussion Änderungen daran vor. An den vier Tagesveranstaltungen haben im Durchschnitt 40 Personen teilgenommen. Auch hier wurden die ersten zwei Treffen als Präsenzveranstaltungen in Berlin durchgeführt, während die Treffen zum dritten und vierten Dialog pandemiebedingt virtuell stattfanden. Der Diskurs in den Verbändetreffen beeinflusste die Vorbereitung der Dialogforen nachhaltig und unterstützte die Konkretisierung der Themenfelder in den Dialogforen.

<b>Verbändetreffen</b>	<b>Dialogforum</b>
27. März 2019	05. Juni 2019
19. September 2019	11. November 2019
03. September 2020	22. September 2020
03. Dezember 2020	15. April 2021

*Tabelle 1: zeitliche Übersicht der Verbändetreffen und Dialogforen*

Den ganzen Prozess begleitend konnten auch Einzelpersonen ihre fachliche Position schriftlich oder in Form von bilateralen Gesprächen einbringen.

### 6.3.3 Treffen der Selbsthilfe

In Vorbereitung auf die Dialogforen und zur Nachbereitung wurden in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG) zahlreiche Treffen verschiedenster Selbsthilfevertreterinnen und -vertreter im gesamten Bundesgebiet organisiert. Neben Vertreterinnen und Vertretern der Patientenselbsthilfe kamen hier auch Vertreterinnen und Vertreter der Angehörigenselbsthilfe zu Wort.

### 6.3.4 Stellungnahmen

Im Vorfeld eines jeden Dialogforums wurden eine breite Fachöffentlichkeit sowie relevante Berufs- und Wohlfahrtsverbände aufgefordert, die zukünftigen Herausforderungen aus ihrer Sicht und den daraus abzuleitenden Handlungsbedarf für die einzelnen dialogspezifischen Themen schriftlich einzureichen. Alle eingegangenen Stellungnahmen wurden auf der Internetseite [www.psychiatriedialog.de](http://www.psychiatriedialog.de) unter dem Reiter Stellungnahmen

abgelegt und sind einsehbar. Durchschnittlich gingen pro Dialog 32 Stellungnahmen ein. Nur zum zweiten Dialog wurden 17 Stellungnahmen eingereicht, was darauf zurückzuführen war, dass einige Verbände bereits in ihren Stellungnahmen zum ersten Dialog Themen des zweiten Dialogs behandelt hatten. Hinzu kam, dass die spezifische Thematik bisher stärker von Selbsthilfeorganisationen als von Fachverbänden in den Fokus gerückt wurde.

Eine Auswertung aller Stellungnahmen wurde immer mit der Zielsetzung durchgeführt, die wesentlichen Schwerpunkte und Aussagen bzgl. der Entwicklungsbedarfe und Ausgestaltung von Handlungsempfehlungen herauszufiltern.

#### 6.3.5 Querschnittsthema „Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“

Aufgrund der Besonderheiten der kinder- und jugendpsychiatrischen und kinder- und jugendpsychotherapeutischen Hilfen und der hohen Bedeutung der Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche wurde diese Thematik in dem gesonderten BMG-geförderten Projekt „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen“ und in einer gesonderten Expertengruppe behandelt. Zwischen beiden Projekten bestand ein intensiver Austausch. Über die jeweiligen Diskussionsergebnisse bzw. Zwischenergebnisse wurde wechselseitig berichtet, sodass eine enge Verknüpfung der Diskussionen erreicht werden konnte.

#### 6.3.6 Projekt der APK „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher“ (KiJu WE)

Im Zentrum des Projektes stand die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen, die aufzeigen sollen, wie Weiterentwicklung und Verbesserung der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie bei jungen Erwachsenen und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen im Sozialgesetzbuch V und Schnittstellenbereichen erreicht werden kann. Zur Zielerreichung war die Einbeziehung der Verbände der Leistungserbringer, der Leistungsträger, der Selbsthilfe, der Fachverbände und -gesellschaften sowie Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis sowie Planungsverantwortliche maßgeblich.



Das Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ bildete die Grundlage für die Entwicklung von Handlungsempfehlungen. In diesem Projekt wurde eine Analyse der Hilfs- und Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland geleistet. Demnach ist in Deutschland ein breites und in mehreren Sozialgesetzbüchern (z. B. Sozialgesetzbuch V, Sozialgesetzbuch VIII, Sozialgesetzbuch IX, Sozialgesetzbuch XII) verortetes Versorgungssystem für psychisch kranke Kinder und Jugendliche und für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten aufgebaut worden. Insbesondere auf Grund der vielen Schnittstellen, teilweise institutionell orientierter und regional ungleicher Angebotsstrukturen sowie nicht ausreichender partizipativer Ausrichtung weist das Versorgungssystem für die Betroffenen jedoch partiell qualitative und strukturelle Probleme auf. Es sollte insgesamt im Sinne einer zielgerichteten und personenzentrierten Prävention, Diagnostik und Behandlung verbessert werden (vgl. Projektabschlussbericht).

Insgesamt konnten neun Handlungsempfehlungen, welche vorrangig an das Bundesministerium für Gesundheit und den Bundesgesetzgeber adressiert sind, formuliert werden. Weitere acht Handlungsempfehlungen hatten den vorrangigen Adressaten der Selbstverwaltung sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss. Auch wurden weitere Handlungsbedarfe und vorgeschlagene Handlungsoptionen aus den Stellungnahmen in den Bericht aufgenommen.

Ein enger Austausch zwischen dem Dialogprojekt und dem KiJuWE-Projekt stellte sicher, dass die Ergebnisse aus dem KiJuWE-Projekt in das Dialogprojekt rechtzeitig einfließen konnten. So konnten die Themenfelder der Handlungsempfehlungen abgeglichen und bei Bedarf ergänzt bzw. verifiziert werden. Gemeinsam mit den Projektergebnissen des ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts „Erkennen – Bewerten – Handeln“ des Robert Koch-Institutes (RKI) in Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wurden die Ergebnisse des KiJuWE Projektes in einer Fachveranstaltung im Juni 2021 vorgestellt. Diese Veranstaltung wurde unter dem Dach des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen ausgerichtet.

### 6.3.7 Ergebnisse der Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern

Im Juni 2017 beschloss der Deutsche Bundestag die Beauftragung der Bundesregierung eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe (AG), die sich mit der Situation von Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigen sollte, einzurichten. Zielsetzung war die Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist (vgl. Bundestagsdrucksache 18/12780).

Der Abschlussbericht mit den 19 Empfehlungen der AG wurde Ende 2019 dem Bundestag mit dem Versprechen des Bundesministeriums für Gesundheit zugeleitet, dass Zusatzgespräche bzgl. der Behandlung psychisch kranker Elternteile im Rahmen des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen geführt werden. So haben im Verlauf des Dialog Projektes mehrere Veranstaltungen mit Vertreterinnen und Vertretern der AG stattgefunden, auch teilweise unter Beteiligung des BMG, um die Brücke zwischen den bereits erarbeiteten und vorgelegten Empfehlungen aus der AG und den Dialogthemen zu bauen. Hierbei spielte der Aspekt der „Familienorientierung“ eine wesentliche Rolle.

## 6.4 Arbeits- und Zeitplan

### 6.4.1 Meilensteine

Der Ablaufplan ergab sich aus mit dem BMG abgestimmten Meilensteinen. Die zu Beginn erstellte Zeitplanung für das gesamte Projekt musste in der zweiten Projekthälfte coronabedingt angepasst werden. So mussten die ursprünglich für 2020 geplanten zwei Dialogforen von Präsenzveranstaltungen in virtuelle Veranstaltungen umgewandelt werden und auch terminlich verschoben werden. Das dritte Dialogforum fand anstelle einer Veranstaltung im Frühjahr 2020 am 22. September 2020 statt. Um die Wahrscheinlichkeit einer Präsenzveranstaltung zu erhöhen, wurde das vierte Dialogforum auf den 15. April 2021 verschoben. Dies hatte zur Folge, dass der gesamte Zeitplan mit allen Vor- bzw. Nachbereitungstreffen laufend den aktuellen Gegebenheiten angepasst werden musste.

Die Entscheidungen für die Verschiebungen wurden auf der Grundlage der Empfehlungen bzgl. der COVID-19-Lage des Robert Koch-Instituts (RKI) und in enger Abstimmung mit dem BMG getroffen.

Folgend eine Übersicht über die vereinbarten 12 Meilensteine in dem Projekt, welche die zeitlichen Verschiebungen aufzeigt.

Meilenstein	Fälligkeit	Umsetzung	Bemerkung
M1: Dialogforum eins hat stattgefunden	01.06.2019	05.06.2019	Dialogforum eins hat stattgefunden
M2: Teilempfehlungen aus Dialogforum eins liegen vor	01.08.2019	01.08.2021	Entwurf liegt vor
M3: Dialogforum zwei hat stattgefunden	01.11.2019	11.11.2019	Dialogforum zwei hat stattgefunden
M4: Teilempfehlungen aus Dialogforum zwei liegen BMG vor	31.03.2020	30.04.2020	Entwürfe liegen dem BMG vor
M5: Dialogforum 3 hat stattgefunden	01.06.2020	22.09.2020	Dialogforum drei hat stattgefunden
M6: Teilempfehlungen aus Dialogforum drei liegen BMG vor	01.08.2020	21.12.2020	Entwurf liegt dem BMG vor
M7: Dialogforum 4 hat stattgefunden	01.11.2020	15.04.2021	Dialogforum vier hat stattgefunden
M8: Teilempfehlungen aus Dialogforum vier liegen BMG vor	01.01.2021	27.05.2021	Entwürfe liegen BMG vor
M9: Entwurf Gesamtempfehlungen liegt BMG vor	01.02.2021	27.05.2021	Entwürfe aller Handlungsempfehlungen liegen dem BMG vor
M10: Abschlussworkshop hat stattgefunden	01.04.2021	01.06.2021	Der Abschlussworkshop (Projekt KiJu-WE) hat in Form einer virtuellen Veranstaltung stattgefunden
M11: Überarbeitete Entwürfe Empfehlungen liegen dem BMG vor	01.05.2021	28.02.2022	Projektverlängerung bis 28.02.2022
M12: Gesamtbericht liegt vor	01.06.2021 (31.03.2022 SB)	31.08.2022	bedingt durch Projektverlängerung

Abbildung 2: Übersicht Meilensteine

#### 6.4.2 Regelmäßige Abstimmung mit dem BMG

Um eine regelmäßige Abstimmung aller relevanten Informationen sicherzustellen, wurden monatliche Sitzungen zwischen dem BMG und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Dialoggeschäftsstelle vereinbart. Diese Treffen wurden von der Geschäftsstelle des Dialogs in Absprache mit dem BMG vorbereitet, eine Tagesordnung mit den relevanten Informationen wurde im Vorfeld der Sitzung erstellt und verschickt. Im Nachgang wurde ein abgestimmtes Ergebnisprotokoll verfasst.

#### 6.4.3 Durchführung und Projektverlauf

Die Auftaktveranstaltung zum Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen wurde im Zusammenhang mit der der APK-Jahrestagung 2018 durchgeführt. Hieraus ergab sich, dass zunächst am 05. November 2018 der geplante Selbsthilfetag mit dem Schwerpunktthema „Arbeit und Psyche“ auf dem Programm stand. Dieser wurde in Kooperation mit sieben Selbsthilfeorganisationen durchgeführt. Im Rahmen eines dialogischen Zusammentreffens von Menschen mit einer psychischen Erkrankung, Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und professionellen Helferinnen und Helfern wurden über Fachvorträge und fachlichen Austausch in acht Workshops Impulse zur Stärkung der Selbsthilfe und Selbstbestimmung gegeben. Darüber hinaus

wurde in Form von zwei von der APK ausgerichteten Workshops die Möglichkeit geschaffen, Informationen zum Dialog und zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen auszutauschen und Diskussionen zu relevanten Themen zu führen. Der Dialog startete unter Leitung des BMG mit der Auftaktveranstaltung am Folgetag.

Diese Auftaktveranstaltung des BMG wurde am 6. November 2018 im AVZ-Logenhaus in Berlin durchgeführt. Titel der Veranstaltung war: „Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen – Standortbestimmung und Auftakt zum Dialog“.

Herr Rottmann-Großner formulierte in seinem Grußwort des BMG, „dass zukünftige Herausforderungen aus Sicht des BMG vor allem in einer besseren Verzahnung und Koordinierung der Versorgung liegen wird. Sie gilt es sektoren- und berufsgruppenübergreifend weiterzuentwickeln. So hätten die Gesundheitsreformgesetze in den vergangenen Jahren die Rahmenbedingungen für eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung wesentlich verbessert. Hier wären beispielhaft die Verträge der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V zur koordinierten und disziplinübergreifenden Zusammenarbeit zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern, die Modellvorhaben nach § 64b SGB V, die auf eine sektorenübergreifende Leistungserbringung abzielen sowie die mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) eingeführte stationsäquivalente Behandlung (StäB) als neue Form der Krankenhausbehandlung in der Lebenswelt der Patientin bzw. des Patienten zu nennen. Nicht zuletzt zielen auch die Fördermaßnahmen im Rahmen des Innovationsfonds zur Entwicklung und Erprobung neuartiger sektorenübergreifender psychiatrischer Versorgungsansätze auf eine stufenweise und individuell angepasste flexibilisierte Versorgung ab. Vor diesem Hintergrund werden Fragen der Vernetzung und Kooperation zentrale Themen des Dialogs sein.“ (vgl. Rottmann-Großner 2019)

Die Auftaktveranstaltung diente durch die Gestaltung der Vorträge und Gesprächsrunden zum einen der Information über den nun gestarteten Prozess sowie die Möglichkeiten der Beteiligung und zum anderen zu einer ersten Standortbestimmung in Bezug auf den Handlungsbedarf und die daraus abzuleitenden Handlungsempfehlungen.

Um den Informationsfluss für alle an diesem Prozess Interessierten aufrecht erhalten zu können, wurde im März 2019 die Projekt-Homepage unter [www.psychiatriedialog.de](http://www.psychiatriedialog.de) online gestellt.

Im März 2019 erfolgte auch der Aufruf an alle relevanten Verbände Stellungnahmen zu den Themen des ersten Dialogs einzureichen. Von 120 angeschriebenen Verbänden haben gut ein Drittel eine Stellungnahme eingereicht.

Im April 2019 wurde das zentrale Gremium, die Dialoggruppe mit 30 Mitgliedern durch das BMG besetzt. Zusätzlich wurden für die Teilnahme an den Dialogforen vier ständige Gäste in Absprache mit dem BMG benannt.

In Vorbereitung auf das erste Dialogforum haben in der Zeit von Februar 2019 bis Mai 2019 wie geplant eine Reihe von Vorbereitungs- und Arbeitstreffen mit Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen und der Selbsthilfe stattgefunden.

Die Präsenzveranstaltung des ersten Dialogforums zum Thema „Versorgungsbereiche – ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung und medizinische Rehabilitation“ wurde aus organisatorischen Gründen und in Absprache mit dem BMG auf den 05. Juni 2019 terminiert. So wurde der im Meilenstein 1 festgelegte Zielwert vom 01. Juni 2019 nur um wenige Tage überschritten.

In der Nachbereitung des ersten Dialogforums entstanden erste vier Entwürfe für Handlungsempfehlungen, welche in diversen Überarbeitungsschleifen bzw. zahlreichen Abstimmungen angepasst wurden. Durch aktuelle Gesetzesentwürfe, welche von Seiten des BMGs vorgelegt wurden, mussten die Entwürfe verschiedentlich aktualisiert und an die neuen Entwicklungen angepasst werden. Hier sei z.B. zum Thema „Krisenhilfe“ die angedachten Neuregelungen in Bezug auf die Notfallversorgung oder auch zum Thema „ambulante Komplexleistung“ die Novellierung des § 92 Abs. 6b SGB V (koordinierte und strukturierte Versorgung) genannt.

Anfang August wurde nach Diskussion in der Dialoggruppe die Lenkungsgruppe durch das BMG eingesetzt und tagte das erste Mal am 20. August 2019.

Parallel zu der Erstellung der Entwürfe der Handlungsempfehlungen zum ersten Dialog fand auch die Vorbereitung auf das zweite Dialogforum „Selbstbestimmung und Partizipation“ statt. So wurden in der Zeit von Juli 2019 bis Anfang März 2020 zahlreiche Vor-

bereitungs- und Arbeitstreffen organisiert, ein erneuter Aufruf, der zur Abgabe von Stellungnahmen aufforderte, erfolgte und die eingegangenen Stellungnahmen wurden ausgewertet.

Die Dialoggruppe traf sich am 11. November 2019 zum zweiten Dialogforum in Form einer Präsenzveranstaltung in Bonn. Somit wurde der Meilenstein 3 „Dialogforum 2 hat stattgefunden“ mit einer Verzögerung von 10 Tagen umgesetzt. Die Terminierung des zweiten Dialogforums war mit dem BMG abgesprochen.

Im Anschluss an das zweite Dialogforum wurden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Dialogprojektes erste Entwürfe formuliert und in enger Absprache mit den teilnehmenden Akteurinnen und Akteuren überarbeitet.

Die ersten Entwürfe der Handlungsempfehlungen aus dem zweiten Dialogforum heraus wurden in der Sitzung der Lenkungsgruppe am 20. Dezember 2019 besprochen und es wurde beschlossen, dass im Januar 2020 die Entwürfe der Handlungsempfehlungen aus dem zweiten Dialogforum zu den Themen:

- Individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan
- Einbeziehung von Erfahrungswissen
- Partizipation – Patientenbeteiligung bei Planung und Steuerung
- Zwang in der Psychiatrie und Vermeidung von Zwang

an die Dialoggruppe versendet werden sollen.

Ab März 2020 mussten sich aufgrund der COVID-19-Lage die Beteiligten des Dialogs zunächst dem Krisenmanagement in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen widmen. Auch die Einschränkungen bei Reisen und Veranstaltungen wirkten sich hinderlich auf die Nacharbeiten zum zweiten Dialogforum aus. In Absprache mit dem BMG wurde der Zeitplan an diese Situation angepasst.

Aufgrund der Beschlüsse auf Bundes- und Länderebene zur Eindämmung der Infektion mit dem Corona-Virus ließ sich das dritte Dialogforum „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“ am ursprünglich vorgemerkten Termin (22.05.2020) nicht realisieren. Um die Wahrscheinlichkeit einer Präsenzveranstaltung zu erhöhen, wurde in Absprache mit dem BMG eine Verschiebung des dritten Dialogforums auf den 22. September 2020 vereinbart. Bereits im Februar 2020 wurde in Vorbereitung auf das dritte Dialogforum zur Abgabe einer Stellungnahme aufgerufen. Neben der Auswertung der zahlreich eingegangenen Stellungnahmen in Bezug auf einzelne Aspekte hinsichtlich möglicher

Handlungsempfehlungen fand auch eine Auswertung der genannten Zielgruppen statt. Insgesamt wurden 19 verschiedene Zielgruppen genannt, was die Komplexität dieses Themas anschaulich verdeutlicht.

Auch die Ergebnisse aus dem Verbändetreffen am 03. September 2020 zeigten auf, dass zu dem übergeordneten Thema „Generalisierung vs. Spezialisierung“ eine Diskussion geführt werden muss. Bei den Zielgruppen wurden gerade die Gruppen der alten Menschen, der Angehörigen, der Kinder und Jugendlichen und der Patientinnen und Patienten mit einer zusätzlich geistigen oder körperlichen Behinderung angegeben. Ebenfalls wurde der Fragestellung nachgegangen, wann bzw. wodurch für eine spezielle Zielgruppe ein besonderer Behandlungsbedarf entsteht. Um diesen „besonderen Behandlungsbedarf“ genauer beschreiben zu können, wurden zusätzlich Daten, Fakten und Hintergrundinformationen aus der aktuellen Gesetzgebung und Literatur in Vorbereitung auf das dritte Dialogforum gesammelt.

Ende August wurde dann gemeinsam mit dem BMG entschieden, das dritte Dialogforum am 22. September 2020 virtuell aus dem BMG heraus durchzuführen. Die Veranstaltung wurde inhaltlich zweigeteilt. Im ersten Teil sollten Beispiele von besonderen Behandlungsbedarfen bei psychisch kranken Menschen die Heterogenität der Bedarfe veranschaulichen und in einem zweiten Teil standen die Empfehlungen zur Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe im Mittelpunkt.

Zum Einstieg in die Themen des dritten Dialogforums wurden die von den fünf geladenen Expertinnen und Experten vorgestellten Impulsbeiträge als sehr hilfreich eingeschätzt. In der anschließenden Diskussion wurde vielfach Bezug darauf genommen.

Im zweiten Teil wurde dem Plenum die Frage gestellt: „Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Feststellung, dass es Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf gibt und welche Relevanz hat dies in Hinblick auf die Gesetzgebung (SGB V)?“

Auch hier fand ein reger Austausch statt und es konnten gute Vorschläge für Empfehlungen zu dem Thema „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“ gewonnen werden.

So konnte im Oktober 2020 ein erster Entwurf einer Handlungsempfehlung „Pauschalierter, personenzentrierter Zuschlagsfaktor für Menschen mit besonders hohem zusätzlichem Behandlungsbedarf“ durch die Geschäftsstelle des Dialogs erstellt werden. Die Entwürfe der Handlungsempfehlungen aus dem ersten und zweiten Dialog wurden parallel erneut überarbeitet, da sich ergänzende Aspekte aus dem KiJu WE-Projekt ergeben hatten.

Bereits im September 2020 wurden die interessierten Fach-, Berufs- und Wohlfahrtsverbände aufgefordert eine Stellungnahme zum vierten Dialogforum „Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation“ abzugeben. Bis zum vierten Dialogforum wurden 30 Stellungnahmen eingereicht. Auch hier wurden alle Stellungnahmen zeitnah auf der Internetseite veröffentlicht. Die Auswertung der Stellungnahmen erfolgte einmal über die Sammlung aller relevanten Forderungen (verbandsbezogen) sowie geclustert nach Schwerpunktthemen. So wurden Forderungen nach regionalen Verbundstrukturen sowie sektorübergreifende Versorgung im Sinne von ambulant, teilstationär, stationär am häufigsten genannt. Kooperationen im Rahmen von SGB V-Leistungen sowie SGB-übergreifend und auch der Zugang zu Behandlungsleistungen sind Themen gewesen, die eine hohe Anzahl an Nennungen hatten.

Aufgrund der anhaltenden Einschränkungen in der COVID-19-Pandemie wurden die Vorbereitungstreffen für das vierte Dialogforum überwiegend virtuell durchgeführt. Ein besonderes Augenmerk lag hier, wie bereits beschrieben, in der Beachtung der Empfehlungen aus der AG Kinder psychisch kranker Eltern sowie der Einbeziehung der Angehörigenperspektive. In enger Kooperation mit dem Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG) haben ebenfalls Vorbereitungstreffen stattgefunden, um die Einbindung von Psychiatrieerfahrenen sicherzustellen. Am 03. Dezember 2020 wurde das vierte Verbändetreffen virtuell in Vorbereitung auf das vierte Dialogforum durchgeführt.

Bereits im Sommer 2020 war ersichtlich, dass das für ursprünglich Herbst 2020 geplante vierte Dialogforum auf Januar 2021 verschoben werden muss. Um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, eine Präsenzveranstaltung oder Hybridveranstaltung durchführen und somit der Komplexität des Themas und der Bedeutung des letzten Forums in dem Dialogprojekt gerecht werden zu können, entschied das BMG im Dezember 2020 das vierte Dialogforum erneut zu verschieben. Als neuen Termin wurde der 15. April 2021 genannt.

An dem virtuellen vierten Dialogforum beteiligten sich 27 Mitglieder der Dialoggruppe sowie drei der ständigen Gäste. Zusätzlich waren wieder themenspezifische Gäste geladen, die in Form von Impulsbeiträgen die Diskussion zum Thema „Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation“ ergänzten. So konnten folgende vier Aspekte für Handlungsempfehlungen herausgearbeitet werden:

- Verbindliche Kooperationsstrukturen
- Zugangsberatung



- Zielgruppenspezifische (Primär-)Prävention von Menschen mit besonderen Behandlungsrisiken
- Einbeziehung von Bezugspersonen, insbesondere Angehörige

Der Meilenstein 7 „Dialogforum 4 hat stattgefunden“ konnte somit am 14. April 2021 erreicht werden. Der Meilenstein 8 „Teilempfehlungen aus Dialogforum 4 liegen BMG vor“ konnte ebenfalls als erfolgreich umgesetzt angesehen werden.

Somit lagen Ende Mai dem BMG 13 Entwürfe von Handlungsempfehlungen vor, welche aber aufgrund von politischen Entwicklungen noch nicht endgültig abgestimmt werden konnten.

Der vom G-BA vorgelegte Entwurf einer Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung (§ 92 6b SGB V) und die darauf bezogenen schriftlichen Stellungnahmen der berechtigten Verbände beziehen sich auf schwer psychisch erkrankte Versicherte mit komplexem Behandlungsbedarf. Vor diesem Hintergrund wurde mit diversen Dialogbeteiligten diskutiert, ob damit die Empfehlung einer gesetzlichen Verankerung ambulanter Komplexleistungen entbehrlich wird.

Auch wurden im Hinblick auf die diskutierte Empfehlung zur Zwangsvermeidung aktuelle Reformvorhaben bzw. Gesetzesreformen auf Bundesebene (Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)/Betreuungsrecht, Waffenrecht/Personenüberprüfung, Strafgesetzbuch (StGB)/ § 64/ StGB) und auf Länderebene (Psych KHG in Hessen und Rheinland-Pfalz) ausgewertet.

Im Juli wurde vom G-BA der Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) [Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer Regelungen] vorgelegt. Dieser wurde im Zusammenhang mit der Empfehlung zu besonderen Behandlungsbedarfen eingehend analysiert und mit im Stellungnahmeprozess involvierten Dialogbeteiligten erörtert.

Im Rahmen des Projekts „Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen und der Prävention seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Entwicklung und Abstimmung von Handlungsempfehlungen“ wurden die auf psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche bezogenen Handlungsempfehlungen im 3. Quartal 2021 abschließend diskutiert und die Endfassung abgestimmt. Von der Dialog-Geschäftsstelle wurde dieser Prozess begleitet, um Kohärenzen und Diskrepanzen zu

den Entwürfen von Handlungsempfehlungen im Gesamtdialog festzustellen und zu thematisieren. So fand wie bereits unter Punkt 3.3.1 erwähnt Anfang Juni bereits eine Fachveranstaltung zum Abschluss des KiJu WE-Projektes und des Projektes des RKI in Kooperation mit der BZgA statt.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass aufgrund der pandemiebedingten Verschiebungen sowie der aktuellen politischen Entwicklungen eine abschließende Diskussion der Handlungsempfehlungen bis Mitte September (Projektende) unmöglich erschien. Daher wurde in Absprache mit dem BMG im Juli 2021 ein Antrag auf eine Projektverlängerung zunächst bis zum 31. Dezember 2021, dann bis zum 28. Februar 2022 gestellt. Die Anträge wurden bewilligt.

Im Zeitraum der Verlängerung wurde entsprechend eine Vielzahl von bilateralen Gesprächen im Rahmen der angeführten Gremienstrukturen des Dialogs geführt, um die Einigungskorridore und Konsensbereiche abschließend auszuloten. Auch konnte am Rande und in der Vor- und Nachbereitung der Jahrestagung der APK im September 2021 hier verschiedene Gesprächskanäle genutzt werden.

In Bezug auf die in Kapitel 10 angeführte Öffentlichkeitsarbeit war in dieser Zeit ein durch die Pandemie bedingter zeitlich verzögerter und dadurch erhöhter Informationsbedarf aus der Fachwelt und Gesundheitspolitik in Bezug auf den Dialogprozess zu bewältigen. Hier wurde auch die Gremienarbeit bzw. -vertretung der APK (Kontaktgespräch der Psychiatriefachverbände, Fachausschüsse, Jour-Fixe mit Fachverbänden, etc.) umfassend genutzt.

Dabei wurden auch aktuelle gesetzliche Entwicklungen mit inhaltlicher Nähe zu den Empfehlungsbereichen berücksichtigt.

In der Lenkungsgruppe konnten die Einigungsgespräche und redaktionellen Aufgabstellungen mit den in Kapitel 7 dargestellten Ergebnisse konstruktiv abgeschlossen werden.

Die Arbeiten am Projektabschlussbericht nahmen einen breiten Raum ein, um hier die Prozesse und Verläufe des Dialoges entsprechend nachvollziehbar darzustellen.

## 7. Ergebnisse

### 7.1 Zielerreichung

Der Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen wurde vollständig durchgeführt. Auf der Basis von schriftlichen Stellungnahmen wurden in vier ganztägigen Dialogforen von den Mitgliedern der Dialoggruppe Handlungsbedarfe diskutiert, zu denen die Geschäftsstelle des Dialogs Formulierungsvorschläge formulierte. Diese wurden anschließend den Mitgliedern der Dialoggruppe zur Kommentierung zugeleitet. Dieser Prozess wurde begleitet von diversen Treffen mit Vertretenden von Fachverbänden und weiteren wichtigen Interessenten sowie mit schriftlichem und mündlichem Austausch über die Handlungsbedarfe. Ein Schwerpunkt lag dabei auf der Beteiligung von Nutzerinnen und Nutzern psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen, die durch enge Kooperation mit dem Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG) erreicht wurde. Die breite Einbeziehung von Akteurinnen und Akteuren und die Vielfalt der Möglichkeiten zur direkten und indirekten Beteiligung am Dialog führte zu einer hohen Zufriedenheit.

Inhaltlich gelang eine Einigung auf 13 Schwerpunktthemen, die in den Dialogforen vertieft diskutiert wurden. Aus jedem in den Tagesordnungen vorgesehenen Schwerpunkt-Themenbereich konnte eine in der Lenkungsgruppe konsentiertere schriftliche Positionierung zu „Zielsetzungen und Handlungsfeldern“ erreicht werden. Damit ist das gesetzte Projektziel erreicht worden. Gleichzeitig ist die Vorgabe erfüllt worden, pro Dialogforum maximal 4 Handlungsbedarfe zu entwickeln.

Darüber hinaus wurden in der Dialoggruppe auch konkrete gesetzliche Maßnahmen zur Angebotsverbesserung in den festgestellten Handlungsbereichen diskutiert. Die Geschäftsstelle unterstützte diese Diskussion mit der Vorlage von gesetzesbezogenen Empfehlungsentwürfen. Die Lenkungsgruppe entschied vor dem Hintergrund noch offener Klärungsfragen und erkennbar unterschiedlicher Einschätzungen in diversen Detailfragen, auf den Versuch der Konsentierung auch der gesetzesbezogenen Empfehlungen zu verzichten und es bei der Formulierung von Empfehlungen zu Zielsetzungen und Handlungsfeldern ohne Hinweise auf mögliche gesetzliche Umsetzung zu belassen.

In der Lenkungsgruppe wurden die oben erwähnten Empfehlungen zu Zielsetzungen und Handlungsfeldern formuliert und einvernehmlich beschlossen. Diese werden im folgenden Text unter 7.2 vorgestellt.

Die Diskussionen in den Dialogforen zu den nicht konsentierten gesetzesbezogenen Handlungsempfehlungen werden in 7.3 dargelegt. Dabei ist zu bedenken, dass ein weiterer Klärungsbedarf erforderlich und ernstzunehmende Bedenken beachtet werden müssen.

## 7.2 Konsentierete Zielsetzungen und Handlungsfelder

Die Konsentierung erfolgte in der Lenkungsgruppe in Abstimmung mit der Dialog-Geschäftsstelle und der APK-Begleitgruppe, war jedoch durch die Dialoggruppe und der Diskussion in den Dialogforen intensiv vorbereitet worden. Die Formulierungen wurden in einem dialogischen Prozess diskutiert und geeinigt.

Die konsentierten Empfehlungen zu den Zielsetzungen und Handlungsfeldern sind jeweils den Dialogforen zugeordnet (siehe Kapitel 6.3.1.)

### **Dialogforum I - Versorgungsbereiche nach dem SGB V**

- 1) Ambulante niedrigschwellige Hilfen und schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen bei psychischen Krisen

Ambulante, niedrigschwellige Hilfen bei psychischen Krisen und schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen sollen flächendeckend und zu jeder Zeit durch eine psychiatrisch-fachkompetente Krisenhilfe sichergestellt sein.

Psychiatrische Krisenhilfe beinhaltet diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägung, therapeutische Krisenintervention und verlässliche Weiterleitung zu nachfolgend erforderlichen Hilfen.

Außer der psychiatrischen Krisenhilfe sind auch andere Hilfsangebote für Menschen in psychischen Krisen erforderlich, zum Beispiel im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), Jugendhilfe).

Es bestehen Angebote sowohl im Bereich der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung (Notfallambulanzen der Krankenhäuser, vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Behandlung, Besondere Versorgungsverträge (BV-Verträge) usw.), als auch im Bereich sonstiger Hilfen (kommunal finanzierte Sozialpsychiatrische

Dienste, landes- oder kommunal finanzierte Krisendienste, Eingliederungshilfe, Jugendhilfe). Empfohlen wird der Ausbau der Krisenhilfe und deren verstärkte Vernetzung unter Einbeziehung bestehender Strukturen.

## 2) Einzelfallbezogene Koordination

Für schwer psychisch erkrankte Versicherte, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind selbständig erforderliche Behandlungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen, ist ein entsprechendes Leistungsangebot erforderlich, das Leistungen zur Koordination, Motivation und Anleitung umfasst. Ziel ist, solche Leistungen flächendeckend bedarfsgerecht sicherzustellen.

Solche Angebote sieht § 37 a SGB V (ambulante Soziotherapie) vor. Für diese Leistung sollten bundesweit vergleichbare Rahmenbedingungen und Vergütungen vereinbart werden. Auch in der im September 2021 verabschiedeten Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) werden entsprechende Leistungen beschrieben.

## 3) Intensive, ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke

Schwer psychisch erkrankte Menschen benötigen in vielen Fällen abgestimmte multiprofessionell erbrachte Komplexleistungen. Die Dialoggruppe hat in ihrem ersten Treffen im Juni 2019 einen Ausbau entsprechender Angebote empfohlen.

Am 15.11.2019 wurde der G-BA im § 92 6b SGB V verpflichtet, eine Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Behandlung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu erstellen. Diese Richtlinie (KSVPsych-RL) wurde im September 2021 vom G-BA beschlossen. Derzeit wird die Vergütung im Ergänzen Bewertungsausschuss verhandelt.

Die Frage, ob es noch weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf gibt, wurde intensiv diskutiert. Dabei wurden Positionen deutlich, die eine weitergehende gesetzliche Vorgabe empfehlen, und andere, die die Empfehlung als umgesetzt ansehen oder zumindest empfehlen abzuwarten, bis die Wirkung der KSVPsych-RL erkennbar wird.

#### 4) Medizinische Rehabilitation für psychisch Kranke

Trotz eines bereits bestehenden Anspruchs auf medizinische Rehabilitation, kann nicht sicher festgestellt werden, dass für alle Versicherte insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ein bedarfsgerechtes Angebot besteht. Aktuell fehlen Angebote mobiler Rehabilitation für psychisch Kranke. Bestehende Rahmenempfehlungen beziehen sich ausschließlich auf Rehabilitation von Versicherten mit psychisch/psychosomatischen Erkrankungen und solche mit einer im Hinblick auf Erwerbsfähigkeit positiven Rehaprognose.

Es sollte geprüft werden, ob mit neuen, insbesondere mobilen Formen medizinischer Rehabilitation bisher nicht ausreichend versorgte Versicherte erreicht werden können.

### **Dialogforum II – Selbstbestimmung und Partizipation**

#### 5) Einbeziehung von Erfahrungswissen

Der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern mit eigener Behandlungserfahrung hat sich als sinnvoll erwiesen und wird durch § 9 der PPP-RL für die psychiatrisch/psychotherapeutische Krankenhausbehandlung erwachsener Patientinnen und Patienten empfohlen.

Neben dem Erfahrungswissen ist auch eine Qualifikation erforderlich, die durch entsprechende Aus-, Fort- oder Weiterbildungen zu erwerben ist.

Das Berufsbild der Genesungsbegleitung sollte geschärft und insbesondere hinsichtlich der Ausbildungsvoraussetzungen, der Anleitung und Supervision, der Aufgabenbeschreibung und der Vergütung konkretisiert werden.

Der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern sollte im Bereich der psychiatrisch/psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhausbehandlung ausgebaut, auf andere Leistungsbereiche, zum Beispiel Krisenhilfe, medizinische Rehabilitation und ambulante Komplexleistung ausgeweitet werden.

#### 6) Individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan

Eine einvernehmliche individuelle Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplanung stellt einen wesentlichen Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung und Rehabilitation sowie zur Stärkung der Selbstbestimmung psychisch erkrankter Menschen dar.

Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen sollten einen Anspruch auf einen abgestimmten, schriftlichen, individuellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplan erhalten.

#### 7) Stärkung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang

Sofern eine aus psychischer Erkrankung resultierende erhebliche Fremd- oder Selbstgefährdung nicht durch andere Maßnahmen abgewendet werden kann, sind als letztes Mittel mit richterlicher Zustimmung Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, weitere die Freiheit einschränkende Maßnahmen und Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Patientinnen und Patienten gesetzlich zulässig. Um dieser gesetzlichen Eingrenzung Rechnung zu tragen, müssen im Rahmen der Behandlung systematisch Maßnahmen ergriffen werden, um Gefährdungssituationen zu vermeiden und eingetretene Gefährdungen ohne Zwang abzuwenden.

In den gesetzlichen vorgeschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ist der Aspekt der Vermeidung von Zwang und des Erhalts der Selbstbestimmung hervorzuheben.

Es ist sicherzustellen, dass Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung nach Grund, Art und Dauer dokumentiert werden. Die Dokumentation soll auch die Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang beschreiben. Es ist für Transparenz und eine bundesweite Vergleichbarkeit der Dokumentation Sorge zu tragen.

#### 8) Partizipation – Patientenbeteiligung bei Planung und Steuerung

Die Partizipation wird im Vergleich zu anderen Sozialleistungsbereichen vorbildlich durch die Beteiligung von Patientenvertreterinnen und -vertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss gewährleistet.

Diese Form der Einbeziehung soll fortgeführt und weiter gestärkt werden.

### **Dialogforum III – Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen**

#### 9) Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe

Aus krankheitsbedingten, behinderungsbedingten oder sich aus der Lebenssituation ergebenden Aspekten können besondere, vom üblichen Behandlungsbedarf qualitativ und

quantitativ erheblich abweichende Bedarfe entstehen. Dafür wurden als Beispiel genannt: psychisch erkrankte Versicherte mit

- erheblicher körperlicher Behinderung, z. B. Gehörlosigkeit, Sehbehinderung
- erheblicher kognitiver Beeinträchtigung
- erheblicher somatischer Komorbidität
- erheblicher Fremd- oder Selbstgefährdung
- gebotener Einbeziehung von Kindern, auch Säuglingen
- sonstigen spezifischen Behandlungsanforderungen

Für diese Zielgruppen bestehen teilweise spezialisierte Einrichtungen.

Die bedarfsgerechte Behandlung und Rehabilitation der psychisch erkrankten Versicherten mit besonderem Behandlungsbedarf sind sicherzustellen und fortzuentwickeln. Dabei ist darauf zu achten, dass auch ambulante Angebote und Angebote im Rahmen der regionalen Regelversorgung genutzt werden können. Für eine geeignete Hilfe beim Zugang zu spezialisierten Leistungen ist zu sorgen (Zugangssteuerung).

#### **Dialogforum IV – Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation**

##### 10) Behandlungs- und Leistungsberatung, Hilfe zur Erlangung von bedarfsgerechten Hilfen

Es ist eine der zentralen Herausforderungen der Versorgung psychisch erkrankter Versicherter, diesen einen möglichst schnellen und niedrighschwelligem Zugang zu erforderlicher Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Dazu können notwendig sein: individuelle Information über Leistungen, Beratung zur Orientierung über die Eignung der Leistungen und zur Förderung eines zügigen Zugangs zu erforderlichen Hilfen.

Dies sollte Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen beinhalten. Bei Erstellung und Umsetzung der Empfehlungen ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Behandlung, Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben.



## 11) Kooperation

Die Vernetzung aller im Einzelfall erforderlichen Hilfen sowie einer individuell abgestimmten und im Lebensumfeld der betroffenen Patientinnen und Patienten vorgehaltenen psychiatrischen Versorgung ist als ein wesentlicher Garant einer bedarfsgerechten Versorgung von hoher Bedeutung und insofern zu stärken.

Gemeindepsychiatrische Verbände ermöglichen durch die Berücksichtigung lokaler bzw. regionaler Gegebenheiten passgenauere Hilfen für die psychisch Erkrankten, die über den Bereich der Krankenbehandlung hinausgehen und zum Beispiel Leistungen im Bereich von Wohnen, Arbeit und Beschäftigung sowie Freizeit berücksichtigen.

## 12) Einbeziehung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen

Der Einbezug des sozialen Umfelds, insbesondere der engsten Bezugspersonen, ist bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen von großer Bedeutung. Zum einen kann durch die Einbeziehung von Angehörigen und weiteren Bezugspersonen die Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen unterstützt werden. Zum anderen können mit dem Einverständnis der betroffenen Patientinnen oder des betroffenen Patienten durch die Bezugspersonen wichtige Einblicke in den Alltag und den Krankheitsverlauf gewonnen werden und sollte daher Bestandteil der Versorgung sein. Aus diesem Grund ist im Rahmen der für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine bestmögliche Einbindung von Bezugspersonen anzustreben.

## 13) Zielgruppenspezifische Prävention bei besonderen Risiken

Zur Verhütung psychischer Erkrankungen sind auch Präventionsleistungen für psychisch besonders belastete Menschen sowie Präventionsleistungen für Kinder psychisch erkrankter Eltern sinnvoll. Dazu bestehen bereits Möglichkeiten im Bereich der Präventionsleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Prävention sind im Vergleich der Sozialleistungsbereiche vorbildlich. Der Präventionsleitfaden sieht auch Leistungen zur Prävention psychisch besonders belasteter Versicherter vor. Dies sollte in der Umsetzung gefestigt und verstärkt werden.

### 7.3 Diskutierte rechtliche Handlungsoptionen zu den konsentierten Handlungsbereichen

Zu den in den „Konsentierten Zielsetzungen und Handlungsfeldern“ genannten Themenfeldern wurden in den Dialogforen auch gesetzesbezogene Handlungsempfehlungen diskutiert. Daraus hat die Geschäftsstelle Entwürfe von Handlungsempfehlungen erstellt und den Mitgliedern der Dialoggruppe vorgelegt. Dies hat erneut zu diversen schriftlichen und mündlichen Rückmeldungen geführt. Die Lenkungsgruppe hat die Entwürfe und die Rückmeldungen eingehend geprüft, aber auf einen Versuch verzichtet, über die Konsentierung der Zielsetzungen und Handlungsfelder hinaus auch bezüglich der konkreten, insbesondere gesetzlichen Vorgehensweisen bzw. gesetzlichen Handlungsempfehlungen einen Konsens anzustreben. Dem zu Grunde lag die in der Prüfung gewonnene Erkenntnis, dass die Entwürfe als diskutierte Handlungsoptionen zu verstehen sind, die Zustimmung und kritische Konnotation gefunden haben, vor allem aber den Hinweis auf das Erfordernis weiterer Prüfung und Erörterung. Insofern bilden die von der Geschäftsstelle entworfenen Handlungsempfehlungen nicht die Position der beteiligten Expertinnen und Experten ab. Gemeinsame Einschätzung war, dass an dieser Stelle die Heterogenität der Ausgangs- und Interessenslagen der Dialogmitglieder bei den diskutierten Handlungsoptionen sich deutlich gezeigt hat. Umso wichtiger und bedeutsamer wurde bewertet, dass Konsens zu den Zielsetzungen und Handlungsfeldern erreicht werden konnte.

Die Entwürfe der gesetzesbezogenen Handlungsempfehlungen sind im Anhang beigelegt. Hier sollen einige Aspekte der Diskussion benannt werden.

#### 7.3.1 Aspekte der Diskussion zu den gesetzesbezogenen Handlungsempfehlungen

- 1) Ambulante niedrigschwellige Hilfen und schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen bei psychischen Krisen

Der Bedarf an flächendeckend vorhandenen und zu jeder Zeit verfügbaren ambulanten, niedrigschwelligen Hilfen bei psychischen Krisen und die Notwendigkeit eines schnellen Zugangs zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen durch eine psychiatrisch-fachkompetente Krisenhilfe wurde unterstrichen und die Notwendigkeit des Ausbaus der Krisenhilfe betont.

Dieses Thema bekam zusätzliche Bedeutung durch:

- Pläne der Bundesregierung zu einer generellen Neuordnung der Notfallversorgung, die sich auch auf die psychiatrisch/psychotherapeutische Notfallversorgung bezieht,
- die Einschätzung, dass nicht ausreichende Kriseninterventionen zu vermeidbaren psychiatrisch/psychotherapeutischen Krankenhausbehandlungen führen können,
- eine erhöhte rechtliche und fachliche gebotene Notwendigkeit, Zwangsmaßnahmen wie Unterbringung oder Zwangsbehandlung zu vermeiden,
- die Einschätzung, dass psychiatrisch/psychotherapeutische Krisenhilfe ein wesentliches Element der Suizidprävention darstellt und
- eine effektive Krisenhilfe auch zur Entlastung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen notwendig ist.

In der Diskussion wurde betont, dass Hilfen bei psychischen Krisen auch, aber keineswegs ausschließlich im Rahmen der Krankenbehandlung nach SGB V zu leisten sind. Bei einem Ausbau der Krisenhilfe ist auf die Einbeziehung bestehender Strukturen auch außerhalb des Behandlungsbereichs zu achten (ÖGD, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Hilfe in besonderen Lebenslagen usw.).

Für den Anteil der nach SGB V zu finanzierenden Hilfen bei psychischen Krisen wurde eine Einfügung in § 11 Abs. 1 SGB V diskutiert, über die eine Anteilsfinanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erreicht wird. An dieser Stelle wollte das BMG gemäß Referentenentwurf auch die Notfallversorgung einfügen.

## 2) Einzelfallbezogene Koordination

Die einzelfallbezogene Koordination wird bei schwer psychisch erkrankten Versicherten für erforderlich gehalten, die krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, selbständig erforderliche Behandlungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Ein Leistungsangebot zur Koordination, Motivation und Anleitung sieht § 37a SGB V (Ambulante Soziotherapie) vor. Das Ziel, solche Leistungen flächendeckend bedarfsgerecht sicherzustellen, ist nach Einschätzung der Dialoggruppe noch nicht realisiert.

Es werden bundesweit vergleichbare Rahmenbedingungen und Vergütungen empfohlen.

In der Dialoggruppe wurden auch Änderungen in § 37a SGB V und weiteren Paragrafen im SGB V diskutiert, die den Zugang zu ambulanter Soziotherapie erleichtern und deren Finanzierung sicherstellen sollen.

### 3) Intensive, ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke

Die Dialoggruppe hat in ihrem ersten Treffen im Juni 2019 betont, dass schwer psychisch erkrankte Menschen in vielen Fällen abgestimmte multiprofessionell erbrachte Komplexleistungen benötigen und einen Ausbau entsprechender Angebote empfohlen. Am 15.11.2019 wurde der G-BA durch Neuregelung im § 92 6b SGB V verpflichtet, eine Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Behandlung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu erstellen. Diese Richtlinie (KSVPsych-RL) wurde im September 2021 vom G-BA beschlossen. Derzeit wird die Vergütung im Ergänzten Bewertungsausschuss verhandelt.

Die Frage, ob es noch weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf gibt, wurde in der Dialoggruppe intensiv diskutiert. Hierbei konnte der Dissens zwischen den Befürwortenden weitergehender gesetzlicher Vorgaben und den Akteurinnen und Akteuren, die die Empfehlung als umgesetzt ansehen oder zumindest empfehlen abzuwarten, bis die Wirkung der KSVPsych-RL erkennbar wird, nicht aufgelöst werden.

Die Befürwortenden einer weitergehenden gesetzlichen Regelung zur intensiven, ambulanten Komplexleistung empfahlen die Aufnahme einer neuen Leistungsform „Ambulante Komplexleistung für schwer psychisch erkrankte Versicherte“ im SGB V.

Unter „Komplexleistung“ werden dabei im Bedarfsfall intensive Behandlungsleistungen von einem multiprofessionellen Behandlungsteam verstanden bzw. Behandlungsleistungen von mehreren Leistungserbringenden, die so intensiv koordiniert und abgestimmt werden, dass auf diese Weise ein Behandlungsteam entsteht, für dessen Leistungen der Begriff „wie aus einer Hand“ gerechtfertigt ist. Die Intensität dieser Komplexleistungen soll geringer sein als Leistungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung (vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär). Sie soll gleichzeitig wesentlich höher sein als die im Rahmen der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Behandlung nach § 92 6b SGB V. Als Modelle dieser Form von intensiver ambulanter Komplexleistung wurden die Angebote von Psychiatrischen Institutsambulanzen mit

leistungsbezogener Finanzierung oder mit gesondert ausgehandelten Pauschalfinanzierungen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche mit schweren Essstörungen) angesehen.

Für diejenigen Diskussionsteilnehmenden, die weitergehende gesetzliche Vorgaben ablehnten, fehlt es bislang an einer schlüssigen Begründung für das Erfordernis einer „intensiven ambulanten Komplexleistung“ in Abgrenzung zu bereits bestehenden Versorgungsangeboten. So wurde darauf hingewiesen, dass es in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) grundsätzlich schon jetzt möglich ist, bei Bedarf hochfrequent behandeln zu können. Auch im Rahmen der ambulanten koordinierten Komplexversorgung nach der KSVPsych-RL seien intensivierete Behandlungsschemata mit höheren Behandlungsfrequenzen möglich. Insbesondere bleibe die Frage offen, in welcher Hinsicht sich eine PIA-zentrierte Komplexleistung von der in der KSVPsych-RL geregelten Komplexversorgung, welche Kliniken als Kooperationspartner bereits berücksichtige, unterscheide und ob hier nicht eine nicht notwendige Doppelstruktur aufgebaut werde.

Bezugspunkte für diese Empfehlung sind:

- Der Bericht der Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich psychiatrischer Versorgung, in dem die ambulante Komplexleistung in den Mittelpunkt der Empfehlungen zu einer personenzentrierten Behandlung schwer psychisch kranker Menschen gestellt wird (Schriftenreihe des BMG Band 116, 1998),
- Der Bericht des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), in dem es im Kapitel 16 (Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen) heißt:  
*„Zwischen ambulant-psychiatrischen und teilstationären Angeboten besteht eine große Lücke bezüglich der Intensität der Behandlung. Der Sprung von einer kurzzeitigen Behandlung einmal pro Quartal als Abrechnungsstandard, bei Bedarf auch häufiger hin zu einer Fünf-Tage-die-Woche-Behandlung oder Rund-um-die-Uhr-Behandlung erscheint den fließenden Übergängen in den Versorgungserfordernissen wenig angemessen.“* (Seite 745)
- Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (Stand 2018), in der es heißt:

*„In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.“ (Empfehlung 10)*

*„Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.“ (Empfehlung 11)*

*„Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.“ (Empfehlung 12)*

*„Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung die gemeinsame Verantwortung sowohl für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und so die Behandlungskontinuität sichern.*

*Ziel soll eine Behandlung sein, die sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und an der Intensität der erforderlichen Interventionen zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses orientiert. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung „ambulant vor stationär“ sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden.“ (Empfehlung 14)*

Die genannten Berichte konnten noch nicht einschätzen, ob eine Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Behandlung ohne Einführung eines neuen Leistungstyps „intensive, ambulante Komplexleistung für schwer psychisch erkrankte Versicherte“ im Leistungskatalog des SGB V eine ausreichende Grundlage zur Schaffung eines entsprechenden Leistungsangebots darstellen.

#### 4) Medizinische Rehabilitation für psychisch Kranke

Die Dialoggruppe befasste sich mit dem Bedarf schwer psychisch erkrankter Versicherter an medizinischer Rehabilitation nach SGB V/IX und bemängelte insbesondere, dass Angebote mobiler Rehabilitation für psychisch Kranke fehlen. Bestehende Rahmenemp-

fehlungen beziehen sich ausschließlich auf Rehabilitation von Versicherten mit psychisch/psychosomatischen Erkrankungen und solche, mit einer im Hinblick auf Erwerbsfähigkeit positiven Rehaprognose.

Es sollte geprüft werden, ob mit neuen, insbesondere mobilen Formen medizinischer Rehabilitation bisher nicht ausreichend versorgte Versicherte erreicht werden können.

In der Dialoggruppe wurden auch gesetzliche Neuregelungen diskutiert, über die folgende Vorgabe in § 40 SGB V präzisiert werden soll: „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.“ Dazu wurden gesetzliche Handlungsempfehlungen diskutiert, die sich auf die Zulassung zur Erbringung mobiler medizinischer Rehabilitation sowie auf die Aufgaben im Rahmen des Entlassmanagements der Krankenhäuser und des Versorgungsmanagements beziehen.

#### 5) Einbeziehung von Erfahrungswissen

Der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern mit eigener Behandlungserfahrung wurde von der Dialoggruppe positiv bewertet und ein weiterer Ausbau im Bereich der psychiatrisch/psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhausbehandlung und eine Ausweitung auf andere Leistungsbereiche, zum Beispiel Krisenhilfe, medizinische Rehabilitation und ambulante Komplexeleistung wurden befürwortet.

Dabei herrschte Übereinstimmung, dass neben dem Erfahrungswissen auch eine Qualifikation erforderlich ist, die durch entsprechende Aus-, Fort- oder Weiterbildungen zu erwerben ist. Daraus wächst die Empfehlung, dass das Berufsbild der Genesungsbegleitung geschärft und insbesondere hinsichtlich der Ausbildungsvoraussetzungen, der Anleitung und Supervision, der Aufgabenbeschreibung und der Vergütung konkretisiert werden sollte.

Als für den weiteren Ausbau des Angebots günstige Maßnahme wird auf § 9 der PPP-RL hingewiesen. In dieser Richtlinie des G-BA wird für die psychiatrisch/psychotherapeutische Krankenhausbehandlung erwachsener Patientinnen und Patienten der Einsatz von Genesungsbegleitenden empfohlen. Dies könnte in anderen Richtlinien aufgegriffen werden.

Als Möglichkeit einer gesetzlichen Regelung zur Stärkung des Einsatzes von Gene-sungsbegleitenden wurde diskutiert, diesen in den Bestimmungen zu den Richtlinien zur Sicherung der Qualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in § 136 a Abs. 2 aufzunehmen.

#### 6) Individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan

Das Thema Partizipation wurde in der Dialoggruppe auch im Hinblick auf die verstärkte Beteiligung der psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten bei der Planung ihrer eigenen Behandlung diskutiert. Dazu gehört eine Transparenz über die vorgesehenen Behandlungsschritte sowie die Möglichkeit der Mitentscheidung darüber.

Eine einvernehmliche individuelle Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplanung stellt einen wesentlichen Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung und Rehabilitation sowie zur Stärkung der Selbstbestimmung psychisch erkrankter Menschen dar.

Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen sollten einen Anspruch auf einen abgestimmten, schriftlichen, individuellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplan erhalten.

In einigen Richtlinien zur Behandlung schwer psychisch erkrankter Versicherter ist ein entsprechender Anspruch bereits verankert. Als Möglichkeit einer gesetzlichen Regelung wurde diskutiert, in den Bestimmungen zum Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4 SGB V) einen entsprechenden Anspruch zu verankern.

#### 7) Stärkung der Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang

Sofern eine aus psychischer Erkrankung resultierende erhebliche Fremd- oder Selbstgefährdung nicht durch andere Maßnahmen abgewendet werden kann, sind als letztes Mittel mit richterlicher Zustimmung Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, weitere die Freiheit einschränkende Maßnahmen und Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen der Patientinnen bzw. des Patienten gesetzlich zulässig. Um dieser gesetzlichen Eingrenzung Rechnung zu tragen, müssen im Rahmen der Behandlung systematisch Maßnahmen ergriffen werden, um Gefährdungssituationen zu vermeiden und eingetretene Gefährdungen ohne Zwang abzuwenden. Dieser Aspekt wurde insbesondere von den Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe stark betont. Allgemein



wurde in der Dialoggruppe unterstrichen, dass die aktive Gefahren- und Gefährdungsabwehr ohne Zwang konsequent vor Zwangsmaßnahmen zu erfolgen hat. Diesbezüglich wird Handlungsbedarf gesehen. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Empfehlungen der BMG-geförderten Projekte (2016 – 2019) „Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem“ (ZVP) und „Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem – Erfassung und Reduktion“ (ZIPHER) hingewiesen.

In den gesetzlichen vorgeschriebenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ist der Aspekt der Vermeidung von Zwang und des Erhalts der Selbstbestimmung hervorzuheben. Adäquate Dokumentation und Transparenz ist in Bezug auf die Qualitätssicherung und die externe Kontrolle notwendig. Diesbezüglich wurde eine Ergänzung in § 135a Absatz 2.1 oder 2.2 SGB V (*Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung*) sowie Ergänzungen in § 136a SGB V (*Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen*) und § 136b SGB V (*Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus: Qualitätsberichte*) diskutiert.

In einzelnen Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetzen der Länder sind Regelungen zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in Bezug auf die Unterbringung geregelt. Es ist sicherzustellen, dass Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung nach Grund, Art und Dauer dokumentiert werden. Die Dokumentation soll auch die Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang beschreiben. Es ist für Transparenz und eine bundesweite Vergleichbarkeit der Dokumentation Sorge zu tragen.

#### 8) Partizipation – Patientenbeteiligung bei Planung und Steuerung

Die Partizipation wird im Vergleich zu anderen Sozialleistungsbereichen vorbildlich durch die Beteiligung von Patientenvertreterinnen und -vertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss gewährleistet. Diese Form der Einbeziehung soll nach Ansicht der Dialoggruppe fortgeführt und weiter gestärkt werden.

In der Dialoggruppe wurden zum Thema „Stimmrechte und Transparenz“ Möglichkeiten diskutiert, die Position der Patientenvertretenden im G-BA zu stärken. Der Vorschlag der Patientenvertretung im G-BA ein zumindest partielles Stimmrecht einzuräumen, stieß insbesondere seitens der Selbstverwaltungspartner auf Ablehnung.

## 9) Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe

Aus krankheitsbedingten, behinderungsbedingten oder sich aus der Lebenssituation ergebenden Aspekten können besondere, vom üblichen Behandlungsbedarf qualitativ und quantitativ erheblich abweichende Bedarfe entstehen. Dafür wurden als Beispiel genannt: psychisch erkrankte Versicherte mit

- erheblicher körperlicher Behinderung, z. B. Gehörlosigkeit, Sehbehinderung
- erheblicher kognitiver Beeinträchtigung
- erheblicher somatischer Komorbidität
- erheblicher Fremd- oder Selbstgefährdung
- gebotener Einbeziehung von Kindern, auch Säuglingen
- sonstigen spezifischen Behandlungsanforderungen

Für diese Zielgruppen bestehen teilweise spezialisierte Einrichtungen mit gesonderten Kostenregelungen. In der Dialoggruppe wurde problematisiert, dass in nicht spezialisierten Einrichtungen eine pauschalierte Finanzierung tendenziell zu einem erschwerten Zugang oder Minderversorgung von Patientinnen und Patienten mit besonders hohem Behandlungsbedarf führen kann. Vor diesem Hintergrund wurde eine Empfehlung diskutiert, nach der zur Vergütung von Behandlungsleistungen für psychisch erkrankte Versicherte, deren Behandlungsbedarf erheblich erhöht ist durch zusätzliche, über die psychische Erkrankung hinausgehende, die Behandlung erschwerende Begleitumstände, pauschalierte, personenbezogene Zuschlagsfaktoren vereinbart werden können, die die Vergütung aller erforderlichen Leistungen im Bereich der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Behandlung sowie der Behandlung durch psychiatrisch/psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen erhöhen.

Übereinstimmung bestand, dass eine bedarfsgerechte Behandlung und Rehabilitation der psychisch erkrankten Versicherten mit besonderem Behandlungsbedarf sicherzustellen und fortzuentwickeln sind. Dabei ist darauf zu achten, dass auch ambulante Angebote und Angebote im Rahmen der regionalen Regelversorgung genutzt werden können. Für eine geeignete Hilfe beim Zugang zu spezialisierten Leistungen ist zu sorgen (Zugangsteuerung).

In der Dialoggruppe wurde die Möglichkeit diskutiert, die Finanzierung der zusätzlich erforderlichen Leistungen bei psychisch erkrankten Menschen mit besonderem Behandlungsbedarf über zusätzliche Pauschalen zu realisieren. Dabei soll es nicht um leistungsbezogene Sondervergütungen, sondern um personenbezogene (pauschalierte)

Zuschläge gehen, die sektorübergreifend gelten, das heißt in den Bereichen vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Behandlung einschließlich Heilmittel, Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitation. Behandlungsangebote in Zielgruppenspezialisierten Einrichtungen werden weiterhin als erforderlich angesehen, damit sich spezifische Kompetenz ausbilden und zielgruppenspezifische Forschung lokalisiert werden kann. Allerdings sollten darüber hinaus auch Angebote für Patientinnen und Patienten mit besonderen Behandlungsbedarfen im Rahmen der Regelversorgung ermöglicht werden. Fachlich soll dies durch Kompetenztransfer und mobile Kompetenzteams (einschließlich Peers) erreicht werden.

Rechtlich wurde eine Formulierung diskutiert, die im SGB V vorgibt, dass zusätzliche Behandlungsbedarfe definierter Zielgruppen bei der Vergütung berücksichtigt werden.

#### 10) Behandlungs- und Leistungsberatung, Hilfe zur Erlangung von bedarfsgerechten Hilfen

Es ist eine der zentralen Herausforderungen der Versorgung psychisch erkrankter Versicherter, diesen einen möglichst schnellen und niedrighwelligen Zugang zu erforderlicher Behandlung und Rehabilitation zu ermöglichen. Dazu können notwendig sein: individuelle Information über Leistungen, Beratung zur Orientierung über die Eignung der Leistungen und zur Förderung eines zügigen Zugangs zu erforderlichen Hilfen.

Dies sollte Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen beinhalten. Bei Erstellung und Umsetzung der Empfehlungen ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Behandlung, Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben.

Diesbezüglich wurde in der Dialoggruppe eine Empfehlung diskutiert, einen entsprechenden Anspruch im SGB V zu verankern.

#### 11) Kooperation

Wiederholt wurde in der Dialoggruppe darauf hingewiesen, dass Hilfebedarfe schwer psychisch erkrankter Menschen sich häufig auf mehrere Leistungsbereiche beziehen und sowohl die gesundheitsbezogenen Leistungen nach SGB V untereinander sowie dieser mit sonstigen Leistungen, zum Beispiel nach SGB II, III, IV, VI, VIII, IX, XI und

sonstigen Leistungen eng verzahnt werden müssen. Vereinbarungsgemäß wurden im Dialog insbesondere die Leistungen nach SGB V betrachtet.

Hohe Übereinstimmung bestand in der Einschätzung, dass die Vernetzung aller im Einzelfall erforderlichen Hilfen sowie einer individuell abgestimmten und im Lebensumfeld der betroffenen Patientinnen und Patienten vorgehaltenen psychiatrischen Versorgung als ein wesentlicher Garant einer bedarfsgerechten Versorgung von hoher Bedeutung anzusehen und insofern zu stärken sei.

Gemeindepsychiatrische Verbände ermöglichen durch die Berücksichtigung lokaler bzw. regionaler Gegebenheiten passgenauere Hilfen für die psychisch Erkrankten, die über den Bereich der Krankenbehandlung hinausgehen und zum Beispiel Leistungen im Bereich von Wohnen, Arbeit und Beschäftigung sowie Freizeit berücksichtigen.

Diesbezüglich wurde im 4. Dialogforum eine Empfehlung diskutiert, nach der ein Kooperationsgebot bei der Leistungserbringung und eine Bestimmung aufgenommen wird, nach der die Krankenkassen die Bildung regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbände (GPV) fördern. Bei der Förderung der GPV war nicht an eine direkte finanzielle Förderung der GPV gedacht, sondern an eine Berücksichtigung des Kooperationsaufwands bei qualitätssichernden und finanziellen Regelungen zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsleistungen.

## 12) Einbeziehung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen

Die Bedeutung des Einbezugs des sozialen Umfelds, insbesondere der engsten Bezugspersonen, bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde von der Dialoggruppe sehr hoch eingeschätzt. Danach kann durch die Einbeziehung von Angehörigen und weiteren Bezugspersonen die Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen unterstützt werden und zudem können mit dem Einverständnis der betroffenen Patientinnen und Patienten durch die Bezugspersonen wichtige Einblicke in den Alltag und den Krankheitsverlauf gewonnen werden. Die Einbeziehung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen sollte daher Bestandteil der Versorgung sein. Aus diesem Grund soll im Rahmen der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine bestmögliche Einbindung von Bezugspersonen angestrebt werden.

In der Dialoggruppe wurde eine Empfehlung diskutiert, nach der im SGB V Informations-, Beratungs- und Entlastungsangebote für nahe Bezugspersonen als möglicher Bestandteil von Behandlung gekennzeichnet werden, insbesondere für Partnerinnen und Partner, Kinder, Eltern und sonstige Angehörige. Zudem sollen nach der diskutierten Empfehlung zusätzliche Vorgaben für die Richtlinien des G-BA im SGB V aufgenommen werden, nach denen Möglichkeiten zur Einbeziehung von Angehörigen und nahen Bezugspersonen zu regeln sind, insbesondere bei psychischen Erkrankungen.

### 13) Zielgruppenspezifische Prävention bei besonderen Risiken

Nach Einschätzung der Dialoggruppe sind zur Verhütung psychischer Erkrankungen auch Präventionsleistungen für psychisch besonders belastete Menschen sowie Präventionsleistungen für Kinder psychisch erkrankter Eltern sinnvoll. Dazu bestehen bereits Möglichkeiten im Bereich der Präventionsleistungen der GKV. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen zur Prävention sind im Vergleich der Sozialleistungsbereiche vorbildlich. Der Präventionsleitfaden sieht auch Leistungen zur Prävention psychisch besonders belasteter Versicherter vor. Übereinstimmend wurde festgehalten, dass dies in der Umsetzung gefestigt und verstärkt werden sollte.

In der Dialoggruppe wurden auch diesbezügliche Schärfungen der gesetzlichen Vorgaben diskutiert, insbesondere um Leistungen der indizierten Prävention und selektiven Prävention zu stärken.

### 7.3.2 Sonstige diskutierte Themen/Handlungsempfehlungen (Spiegelstrichliste im Anhang)

Über die in den Empfehlungsentwürfen aufgegriffenen Handlungsfelder hinaus wurden von den Mitgliedern der Dialoggruppe und in den schriftlichen Stellungnahmen der Verbände weitere Bereiche benannt, in denen gesetzliche Handlungsbedarfe gesehen werden. Diese wurden in den Dialogforen zwar vorgetragen, aber wegen der gemeinsam vorgenommenen Priorisierung nicht eingehend diskutiert und daher wurden dazu auch keine schriftlichen Handlungsempfehlungen entworfen und diskutiert. Dadurch sind bedeutsame Themen aus pragmatischen Gründen wenig behandelt worden. Im Anhang sind einige dieser Themen kommentarlos aufgelistet. Ob in der Dialoggruppe oder in der Lenkungsgruppe in diesen Bereichen übereinstimmend Handlungsbedarfe gesehen werden, wurde nicht hinterfragt. Verbänden und Einzelpersonen wurde freigestellt, bei

Bedarf in ergänzenden Stellungnahmen nicht aufgenommene Handlungsbereiche zu thematisieren.

## **8. Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung**

### **8.1 Breiter Dialog**

Im Rahmen des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen ist es gelungen, einen intensiven strukturierten Meinungsaustausch unter Expertinnen und Experten aus den wichtigsten Bereichen der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation durchzuführen. Einbezogen waren Expertinnen und Experten aus den Reihen der Leistungsträger (GKV), der Leistungsanbieter, der Planungsverantwortlichen auf Länderebene, der Forschung und nicht zuletzt der Selbsthilfe und der Nutzerinnen und Nutzer psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen. Dabei waren neben der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie auch der kinder- und jugendpsychiatrisch/psychotherapeutische und der gerontopsychiatrische Behandlungsbereich, die Psychosomatik und die medizinische Rehabilitation nach SGB V/SGB IX thematisch und zumeist personell einbezogen.

Über die Dialogforen hinaus, in denen sich die Mitglieder der Dialoggruppe zu vier ganztägigen Sitzungen trafen, gab es eine breite Einbeziehung weiterer Verbände und Einzexpertinnen und -experten. Die Aufrufe zu schriftlichen Stellungnahmen führten zu insgesamt 132 schriftlichen Stellungnahmen von 65 Verbänden und 6 Einzexpertinnen und -experten. Darüber hinaus nahmen zahlreiche Expertinnen und Experten an den Verbändetreffen und themenspezifischen Workshops bzw. Fachtreffen teil. In zahlreichen Fachtagungen wurde über den Dialog berichtet und über mögliche Handlungsbedarfe diskutiert.

### **8.2 Starke Einbeziehung der Selbsthilfe**

In allen Phasen des Dialogs wurden Expertinnen und Experten mit eigener Krankheitserfahrung, Selbsthilfevertreterinnen und -vertreter sowie Nutzerinnen und Nutzer von psychiatrisch/psychotherapeutischen Hilfen in die Planung und Durchführung der Veranstaltungen einbezogen. Zudem wurden zu jedem Dialogforum gesonderte Vorbereitungsveranstaltungen für Interessierte aus den Reihen der Selbsthilfe durchgeführt. Es

nahmen weit über 100 Personen an Präsenztreffen und – veranstaltungen teil und darüber hinaus etliche an telefonischen und Videokontakten.

Dies ist gelungen durch enge Kooperation mit dem Bundesweiten Netzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG). NetzG hat an der Planung und Durchführung aller Veranstaltungen des Dialogs mitgewirkt, insbesondere der Selbsthilfe-bezogenen, und hat auf allen eigenen Veranstaltungen und in den eigenen Gremien den Dialog kontinuierlich thematisiert.

### 8.3 Erzielte Einigung auf Schwerpunktthemen der Dialogforen

Die gründliche Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen der Verbände und der schriftlichen und mündlichen Vorschläge der Mitglieder der Dialoggruppe ergab eine deutliche Schnittmenge an Themen. Trotz sehr heterogener Zusammensetzung der Dialoggruppe konnte daraus ein Vorschlag zur Tagesordnung der Dialogforen entwickelt und anschließend eine Einigung auf die Schwerpunktthemen der Dialogforen erzielt werden. Die Diskussion zu diesen Schwerpunktthemen wurde fokussiert und ergebnisorientiert geführt. Dadurch wurden konkrete Handlungsbedarfe in 13 Bereichen diskutiert.

### 8.4 Konsentierete Zielsetzungen und Handlungsfelder

Der Lenkungsgruppe kam die Aufgabe zu, in Absprache mit der Aktion Psychisch Kranke die Kernanliegen der Dialoggruppe zusammenzufassen. Dies ist gelungen, indem eine Einigung über 13 konsentierete Zielsetzungen und Handlungsfelder erreicht wurde. Damit liegt dem BMG und der Gesundheitspolitik eine wertvolle und breit getragene Empfehlung vor.

### 8.5 Hinweise zu gesetzlichen bzw. gesetzesbezogenen Maßnahmen zur Verbesserung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

Über die konsentierten Zielsetzungen und Handlungsfelder hinaus stehen über die schriftlichen Stellungnahmen der Verbände und einiger Einzelexpertinnen und -experten, über Entwürfe von gesetzesbezogenen Handlungsempfehlungen der Geschäftsstelle des Dialogs und darauf bezogene Stellungnahmen reichhaltiges Material zur Verfügung. Dabei handelt es sich zwar nicht um konsentierete Handlungsempfehlungen, jedoch um wertvolle Materialien zum Stand der Diskussion.

## 8.6 Bewertung durch die Mitglieder der Dialoggruppe

Im Verlauf, insbesondere aber bei der Auswertung im letzten Dialogforum kamen die Mitglieder der Dialoggruppe zu einer deutlich positiven Einschätzung des Gesamtprozesses. Insbesondere wurde positiv vermerkt, dass es gelungen ist auf sehr hohem fachlichem Niveau weitgehende Übereinstimmungen in der Einschätzung zentraler Themen der Versorgung zu finden und sachlich unterschiedliche Positionen zu verdeutlichen. Hinsichtlich der Handlungsempfehlungen wurde ein hoher Erwartungsdruck deutlich, dass es in der Folge des Dialogs zu gesetzlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen kommt. Dass es schon im Verlauf des Dialogs zu gesetzgeberischen Aktivitäten gekommen ist, die in die Richtung der diskutierten Empfehlungen gingen, wurde positiv konnotiert. Eine Fortsetzung des Dialogs auch in der neuen Legislatur wurde vielfach deutlich gewünscht.

Vielfach kritisch wurde die thematische Eingrenzung auf das SGB V und im Wesentlichen auf den Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung erwähnt. In diesem Zusammenhang wurde auf den komplexen Hilfebedarf von schwer psychisch erkrankten Menschen hingewiesen, der auch Hilfen nach anderen Sozialgesetzbüchern und sonstige Hilfen beinhaltet. Für einen künftigen Dialog wurde empfohlen, die Schnittstellen zwischen den Leistungsbereichen in den Fokus zu stellen.

## 8.7 Bewertung durch die Geschäftsstelle

Der Dialog konnte trotz der Corona-bedingten Einschränkungen vollständig und mit nur geringer Verzögerung durchgeführt werden. Die Vorgaben des BMG zur Struktur des Dialogs wurden gut akzeptiert und haben sich bewährt.

Der Geschäftsstelle ist es gelungen, über die Dialogforen hinaus eine breite Diskussion unter Einbeziehung vieler relevanter Akteurinnen und Akteure einzuleiten. Dies hat die Akzeptanz des Dialogs erhöht und zu einer hohen Außenwirkung beigetragen.

## 9. Gender Mainstreaming Aspekte

Im Dialogprozess wurde kontinuierlich darauf geachtet, dass z. B. bei der Erstellung der Handlungsempfehlungen die unterschiedlichen Auswirkungen auf die Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern Beachtung finden. Dieses drückt sich auch



in der Gremienzusammensetzung oder darin aus, dass versucht wurde, gerade in Texten und auf der Internetseite, Formulierungen geschlechterneutral oder gegendert zu verwenden.

## **10. Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse**

Primär wurden die konsentierten Zielsetzungen und Handlungsfelder an das Bundesministerium für Gesundheit adressiert, das den Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen durchgeführt hat, um Hinweise auf mögliche gesetzliche Handlungsbedarfe im eigenen Zuständigkeitsbereich zu erhalten. Aufgrund des hohen Interesses der Fachöffentlichkeit an diesem Dialog und seinen Ergebnissen empfiehlt sich eine Veröffentlichung und Verbreitung. Diese wird nach Absprache mit dem BMG erfolgen.

### 10.1 Internet

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurde unter der Internetadresse [www.psychiatrie-dialog.de](http://www.psychiatrie-dialog.de) ein Internetauftritt eingerichtet, der der Außendarstellung des Projektes dient und eine Informationsplattform für die am Dialogprozess Beteiligten sowie eine interessierte Fachöffentlichkeit darstellt. So können neben Informationen rund um Veranstaltungen, sonstige Beteiligungsmöglichkeiten und Terminen auch alle eingereichten Stellungnahmen eingesehen werden. In einem „Internen Bereich“ stehen den Mitgliedern der Dialoggruppe ergänzende Stellungnahmen bzw. Rückmeldungen zu Entwürfen der Handlungsempfehlungen zur Verfügung.

Die Internetseite des Projektes wurde kontinuierlich weiterentwickelt und fortgeschrieben. Da sich herausstellte, dass eine einfache Auflistung der eingegangenen Stellungnahmen nicht anwenderfreundlich ist, wurden z. B. die Unterseiten der eingegangenen Stellungnahmen zu den vier Dialogforen übersichtlicher gestaltet. Alle Organisationen, die eine Stellungnahme eingereicht haben, konnten zudem auch eine Verlinkung ihres abgebildeten Logos mit ihrer Homepage anfordern.

In vielen Schreiben oder Treffen wurde auf die Internetseite als Informationsmöglichkeit verwiesen. Ferner wurde auch die Veröffentlichung von Artikeln in Fachzeitschriften als

Instrument zur Informationsweitergabe genutzt. Hier sei beispielhaft der Artikel „Der Psychiatriedialog schreitet voran – Kinder- und Jugendprojekt im Gleichschritt“ in der Kerbe 2/2021 genannt.

Der Einbeziehung von Nutzerinnen und Nutzern psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen und von Vertreterinnen und Vertretern der organisierten Selbsthilfe wurde eine besondere Bedeutung beigemessen. In Kooperation mit dem Bundesweiten Netzwerk seelische Gesundheit e.V. (NetzG) wurden mehrere Veranstaltungen durchgeführt, die zum einen die Möglichkeit der Beteiligung eröffneten als auch zur Weitergabe von Informationen dienten.

Gerade aber auch die Jahrestagungen der APK wurden zur Weitergabe bzw. Diskussion dialogrelevanter Themen genutzt. Hier konnte ein breites Publikum von Profis wie Betroffenen gemeinsam erreicht werden.

## 10.2 Veranstaltungen

Der Dialog hat bereits im Verlauf starkes Interesse hervorgerufen. Auf diversen Fachtagungen und Jahrestagungen der Fachverbände bzw. -gesellschaften sowie in Fachzeitschriften wurde über den Dialog berichtet.

## 10.3 Information der Gesundheitspolitik

Parallel zu der Erarbeitung von Handlungsempfehlungsentwürfen wurden verschiedenste Wege genutzt, um Informationen aus dem Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen zu verbreiten und themenspezifische Rückmeldungen einzuholen. So hat beispielhaft das BMG vertreten durch die Referatsleitung des Ref. 325 regelmäßig über den aktuellen Stand sowie die Themenschwerpunkte des Dialogs in der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) berichtet.

Auf die Initiative der Fraktionen hin haben im Laufe des Dialogs mehrere Gespräche von Vertreterinnen und Vertretern der APK mit Gesundheitspolitikerinnen und -politikern verschiedenster Parteien zu den Themen des Dialogs stattgefunden.

Am 23. Juni 2021 waren das Bundesministerium für Gesundheit, u.a. vertreten durch die Parlamentarische Staatssekretärin Weiss sowie Vertreter der APK und der Geschäftsstelle des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in die Sitzung des Gesundheitsausschusses des Bundestages eingeladen, um dort Fragen von den Abgeordneten zum Dialog zu beantworten. Es bestand ein hohes Interesse von Seiten der Abgeordneten an dem Prozess des Dialoges und der sich daraus ergebenden Schwerpunktthemen. Von allen Beteiligten wurde betont, dass die Nachhaltigkeit der Ergebnisse des Dialogs gewährleistet werden muss. Im Nachgang kam es zu diversen Rückfragen von Abgeordneten und Fraktionsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern bzgl. einzelner Themen an die Geschäftsstelle des Dialogs.

Am 26. September 2021 fand die Wahl zum 20. Deutschen Bundestag statt. Im Hinblick auf die Koalitionsverhandlungen wurden erneut Informationen zum Dialog erbeten.

### **11. Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)**

Schon im Verlauf des Dialogs hat das BMG die Diskussionen verfolgt und sich daran beteiligt und Zwischenergebnisse zur Kenntnis genommen und ausgewertet. Auch der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags hat sich über Zwischenergebnisse und Diskussionsverläufe informieren lassen. Es ist zu erwarten, dass die diskutierten und zuletzt auch konsentierten Zielsetzungen und Handlungsbereiche auch in der weiteren gesundheitspolitischen Gesetzesarbeit Beachtung finden werden.

Darüber hinaus können die Ergebnisse des Dialogs die Aufmerksamkeit wesentlicher Akteurinnen und Akteure aufseiten der Fachverbände, der Leistungsanbieter, Leistungsträger, Planungsverantwortlichen und sonstigen fachlich interessierten Personen auf die identifizierten Handlungsfelder lenken und zu einer zielgerichteten Optimierung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen beitragen.

## 12. Anhang

## 12. Anhang

1.	Zusammensetzung der Dialogforen .....	54
1.1	Mitglieder der Dialoggruppe .....	54
1.2	Ständige Gäste der Dialogforen.....	55
1.3	Impulsgebende in den Dialogforen .....	55
2.	Tagesordnungen der vier Dialogforen.....	58
3.	Entwürfe von Handlungsempfehlungen .....	62
3.1	Ambulante niedrigschwellige Hilfen und schneller Zugang zu psychiatrisch/ psychotherapeutischen Leistungen bei psychischen Krisen .....	62
3.2	Einzelfallbezogene Koordination.....	67
3.3	Intensive, ambulante Komplexeleistungen für psychisch Kranke .....	74
3.4	Medizinische Rehabilitation für psychisch Kranke .....	77
3.5	Einbeziehung von Erfahrungswissen .....	82
3.6	Individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan.....	85
3.7	Zwang in der Psychiatrie und Vermeidung von Zwang .....	88
3.8	Partizipation – Patientenbeteiligung bei Planung und Steuerung .....	92
3.9	Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe.....	94
3.10	Behandlungs- und Leistungsberatung, Hilfe zur Erlangung von bedarfsgerechten Hilfen.....	98
3.11	Kooperationsgebot.....	102
3.12	Einbeziehung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen .....	105
3.13	Zielgruppenspezifische Prävention bei besonderen Risiken.....	109
4.	Übersicht: schriftliche Stellungnahmen .....	112
5.	Weitere Themen ohne Handlungsempfehlung.....	114

## **1. Zusammensetzung der Dialogforen**

### **1.1 Mitglieder der Dialoggruppe**

Dr. Frank Bergmann

Prof. Dr. Robert Bering

Prof. Dr. Thomas Bock

Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach

Prof. Dr. Anke Bramesfeld

Prof. Dr. Peter Brieger

Thomas Brobeil

Jurand Daszkowski

Dr. Julian Dilling

Dr. Hermann Elgeti

Dr. Regina Ernst

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Dr. Heribert Fleischmann

Nils Greve

Gudrun Schliebenert / Dr. Rüdiger Hannig

Dr. Iris Hauth

Prof. Dr. Andreas Heinz

Prof. Dr. Michael Kölch

Prof. Dr. Johannes Kruse

Dr. Ernst Dietrich Munz

Dr. Klaus Obert

Prof. Dr. Dr. Michael Rapp

Jessica Reichstein

Matthias Rosemann

Anja Röske

Dorothea Sauter

Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Hermann Stemmler

Jörg Utschakowski

Thomas Voigt †

## 1.2 Ständige Gäste der Dialogforen

- Prof. Dr. Claudia Schmidtke, Patientenbeauftragte der Bundesregierung  
Vertreten durch Ministerialrätin Bettina Godschalk (im 2. Dialogforum)  
Vertreten durch Dr. Theresa Berhorn, Referentin (im 4. Dialogforum)
- Jürgen Dusel Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen  
Vertreten durch Dr. Friederike Hoepner-Stamos (im 4. Dialogforum)
- Heike Hölling, Leitung Fachgebiet 26: Psychische Gesundheit beim RKI
- Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim BMG

## 1.3 Impulsgebende in den Dialogforen

### Dialogforum I - Versorgungsbereiche nach dem SGB V

Thema	Referentin/Referent
Ambulante Komplexleistungen und einzelfallbezogene Koordination für psychisch Erkrankte mit komplexem Behandlungsbedarf	Dr. Frank Bergmann
Hilfen bei psychischen Krisen/ Notfallversorgung	Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach
Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach SGB V	Prof. Dr. Robert Bering

Abbildung 3: Impulsgebende Referentinnen und Referenten im ersten Dialogforum

## Dialogforum II – Selbstbestimmung und Partizipation

<b>Thema</b>	<b>Referentin/Referent</b>
Stärkung der Selbstbestimmung - partizipative Behandlungsplanung	Dr. Elke Prestin
Selbstbestimmung und Partizipation	Prof. Dr. Ingo Heberlein
ZIPHER – Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen System	Prof. Dr. Tilman Steinert
Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP)	Matthias Rosemann
Stärkung von Selbsthilfe und Partizipation - Einbeziehung	Jörg Utschakowski

Abbildung 4: Impulsgebende Referentinnen und Referenten im zweiten Dialogforum

## Dialogforum III – Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen

<b>Thema</b>	<b>Referentin/Referent</b>
Besondere Behandlungsanforderungen der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung	Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok
Besonderer Behandlungsbedarf bei Fremd- und Selbstgefährdung	Prof. Dr. Andreas Heinz Prof. Dr. Barbara Schneider
Einbeziehung von (Klein-)Kindern psychisch erkrankter Menschen	Prof. Dr. Sarah Kittel-Schneider
Erstbehandlung	Prof. Dr. Andreas Bechdorf

Abbildung 5: Impulsgebende Referentinnen und Referenten im dritten Dialogforum



## Dialogforum IV – Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation

<b>Thema</b>	<b>Referentin/Referent</b>
Kooperation im Rahmen von SGB V-Leistungen	Prof. Dr. Thomas Pollmächer
Gemeindepsychiatrische Verbände	Matthias Rosemann
Hilfen beim Zugang zu Behandlungsleistungen	Prof. Dr. Ingmar Steinhart
Einbeziehung von Bezugspersonen, trialogische Steuerung	Dr. Rüdiger Hannig

Abbildung 6: Impulsgebende Referentinnen und Referenten im vierten Dialogforum

## 2. Tagesordnungen der vier Dialogforen



Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

### Dialogforum „Versorgungsbereiche nach dem SGB V“

Bonn, 05. Juni 2019

Moderation: Prof. Dr. Peter Brieger, Ulrich Krüger

10.30 Uhr Begrüßung und Einführung  
Dr. Thomas Stracke, Bundesministerium für Gesundheit (BMG)  
Ulrich Krüger, Geschäftsstelle Dialog

#### Schwerpunktthemen

11.00 Uhr *Ambulante Komplexleistungen und einzelfallbezogene Koordination für psychisch Erkrankte mit komplexem Behandlungsbedarf*  
Impuls Dr. Frank Bergmann, Aachen  
Diskussion

12.45 Uhr Mittagspause

13.30 Uhr *Hilfen bei psychischen Krisen / Notfallversorgung*  
Impuls Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach, München  
Diskussion

14.15 Uhr *Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach SGB V*  
Impuls Prof. Dr. Robert Bering, Krefeld  
Diskussion

15.00 Uhr Kaffeepause

15.15 Uhr Weitere Themen

16.45 Uhr Weiteres Vorgehen – u.a. Bildung der Lenkungsgruppe

17.00 Uhr Ende des Dialogforums

Abbildung 7: Tagesordnung des ersten Dialogforums

Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

## 2. Dialogforum „Selbstbestimmung und Partizipation“

Bonn, 11.11.2019

*Moderation: Prof. Dr. Peter Brieger, Ulrich Krüger*

10.30 Begrüßung und Einführung  
**Dr. Thomas Stracke, Bundesministerium für Gesundheit**  
**Ulrich Krüger, Geschäftsstelle Dialog**

Schwerpunkthemen

11.00 *Stärkung der Selbstbestimmung – partizipative Behandlungsplanung*  
Impuls 1 **Dr. Elke Prestin, Bielefeld**  
Impuls 2 **Prof. Dr. Ingo Heberlein, Eutin**

12.45 *Mittagspause*

13.30 *Vermeidung von Zwang – Selbstbestimmung in der Behandlung*  
Impuls 1 **Prof. Dr. Steinert, Ravensburg**  
Impuls 2 **Matthias Rosemann, Berlin**

Diskussion

14.15 *Stärkung von Selbsthilfe und Partizipation*  
- Einbeziehung von Psychatriererfahrenen in Beratung und Behandlung  
Impuls **Jörg Utschakowski, Bremen**  
- Partizipation  
- Einbeziehung von Bezugspersonen, insbesondere Angehörigen  
Diskussion

15.00 Kaffeepause

15.15 Weitere Themen

16.45 Weiteres Vorgehen

17.00 Ende des Dialogforums

Abbildung 8: Tagesordnung des zweiten Dialogforums

Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

### 3. Dialogforum

#### „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“

Bonn, 22.09.2020

Moderation: Prof. Dr. Peter Brieger, Ulrich Krüger

- |              |  |
|--------------|--|
| <b>10.30</b> | <b>Begrüßung und Einführung</b><br>Maria Becker, Ministerialdirigentin, Leiterin der Unterabteilung<br>„Prävention, Nicht übertragbare Krankheiten“, Bundesministerium für<br>Gesundheit<br>Prof. Dr. Peter Brieger, stellv. Vorsitzender APK<br>Ulrich Krüger, Geschäftsstelle Dialog   |
| <b>10.50</b> | <b>Beispiele von besonderen Behandlungsbedarfen bei psychisch kranken<br/>Menschen</b><br>Impulsbeiträge: <ul style="list-style-type: none"><li>– Jürgen Dusel Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von<br/>Menschen mit Behinderungen - Grußwort</li><li>– Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok - Besondere Behandlungsanforderungen der<br/>psychiatrischen Behandlung von Menschen mit geistiger oder körperlicher<br/>Behinderung</li><li>– Prof. Dr. Andreas Heinz/ Prof. Dr. Barbara Schneider – Besonderer<br/>Behandlungsbedarf bei Fremd- und Selbstgefährdung</li><li>– Prof. Dr. Sarah Kittel-Schneider – Einbeziehung von (Klein-)Kindern<br/>psychisch erkrankter Menschen</li><li>– Prof. Dr. Andreas Bechdolf – Erstbehandlung</li></ul> <b>Diskussion</b> |
| <b>12.45</b> | <b>Mittagspause</b>  |
| <b>13.15</b> | <b>Empfehlungen zur Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe</b><br>Spezialisierte Angebote, Zuschlagsfinanzierung, Zugang zu bedarfsgerechter<br>Behandlung und Rehabilitation<br><b>Diskussion</b>   |
| <b>15.00</b> | <b>Weiteres Vorgehen</b>   |
| <b>15.30</b> | <b>Ende des Dialogforums</b>   |

Abbildung 9: Tagesordnung des dritten Dialogforums

Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

## 4. Dialogforum

### „Personenzentrierte Versorgung - Vernetzung und Kooperation“

Bonn, 15.04.2021

Moderation: Prof. Dr. Peter Brieger, Ulrich Krüger

**10.30 Begrüßung und Einführung**  
Dr. Thomas Stracke, BMG  
Prof. Dr. Peter Brieger, stellv. Vorsitzender APK  
Ulrich Krüger, Geschäftsstelle Dialog

**10.50 Verbindliche Kooperationsstrukturen mit Qualitätsstandards**  
Impulsbeiträge:  
Prof. Dr. Thomas Pollmächer: Kooperation im Rahmen von SGB V-Leistungen  
Matthias Rosemann: Gemeindepsychiatrische Verbände  
**Diskussion**

**13.00 Mittagspause**

**13.30 Personenzentrierte Organisation psychiatrisch-  
psychotherapeutischer Hilfen**  
Impulsbeiträge:  
Prof. Dr. Ingmar Steinhart: Hilfen beim Zugang zu Behandlungsleistungen  
Dr. Rüdiger Hannig: Einbeziehung von Bezugspersonen, triadische Steuerung  
**Diskussion**

**15.30 Sonstige Themen**

**16.30 Weiteres Vorgehen**

**17.00 Ende des Dialogforums**

Abbildung 10: Tagesordnung der vierten Dialogforums

### **3. Entwürfe von Handlungsempfehlungen**

#### **3.1 Ambulante niedrigschwellige Hilfen und schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen bei psychischen Krisen**

Zugeordnet zu Dialogforum I - Versorgungsbereiche nach dem SGB V

**Entwurf Stand 09.04.2021**

##### **1. Ziel**

Ambulante, niedrigschwellige Hilfen bei psychischen Krisen und schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen werden flächendeckend und zu jeder Zeit durch eine fachkompetente psychiatrische Krisenhilfe sichergestellt.

Psychiatrische Krisenhilfe beinhaltet diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägung, therapeutische Krisenintervention und verlässliche Weiterleitung zu nachfolgend erforderlichen Hilfen.

Durch gesetzliche Maßnahmen wird ein entsprechender Leistungsbereich im Leistungskatalog des SGB V aufgenommen.

##### **2. Gründe**

Zur Entschärfung von psychischen Krisen ist ein aktives, die Situation gestaltendes und veränderndes Hilfeangebot mit diagnostisch-therapeutischen Fähigkeiten und Kompetenzen und ausreichender Zeit zur Deeskalation bzw. Einleitung von erforderlichen anschließenden Hilfen notwendig. Ein reines Clearing mit anschließender Weiterleitung ist nicht ausreichend.

Dadurch werden Suizide, Gesundheitsschäden, Krankenhausbehandlung, Zwangsmaßnahmen (Unterbringung und Zwangsbehandlung), minderbares subjektives Leid sowie Belastung, ggf. Überlastung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen vermieden.

##### **3. Maßnahmen**

In § 11 SGB V wird in Abs. 1 ein 6. Punkt eingefügt:

*„6. der medizinischen Notfallrettung einschließlich der psychiatrischen Krisenhilfe“*

Im Zusammenhang mit der Neuregelung der Notfallversorgung wird die Schnittstelle zwischen der Leitstelle und den Integrierten Notfallzentren und den psychiatrischen Krisendiensten geregelt.

#### **4. Ausgestaltung der Leistung**

##### 4.1 Leistungserbringung

###### **Status quo**

Niedrigschwellige Krisenhilfen werden im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Regel nur tagsüber in den Arbeitszeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste (SPDi) angeboten. Insbesondere in den Abendstunden und am Wochenende sind die bestehenden Hilfen unzureichend. Sie werden eingeschränkt durch Institutsambulanzen an psychiatrischen Kliniken, ärztliche Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Versorgung (KV) und Notfallambulanzen der Krankenhäuser geleistet (geringe Zeitkontingente, i.d.R. keine aufsuchende Hilfe und keine aufgrund Fremdmeldung).

###### **Perspektive**

Bei der psychiatrischen Krisenhilfe handelt es sich um eine zusätzliche Leistung, die gesondert zu vergüten ist. Die Leistung sollte in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen werden. Dabei ist eine anteilige Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu regeln. Die Finanzierung durch die GKV soll extrabudgetär erfolgen.

Ergänzend sind gesetzliche Regelungen empfehlenswert, die ermöglichen, die psychiatrische Krisenhilfe auch im Rahmen einer Mischfinanzierung unter Einbeziehung der Träger der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe und der Kommunen bzw. Länder zu erbringen.

###### **Anforderungen an zukünftige Krisenhilfe**

Für die psychiatrische Krisenhilfe sollen keine neuen Einrichtungen geschaffen werden. Die Funktion „Krisenhilfe“ soll im Wesentlichen kooperativ durch im Versorgungssystem tätige Fachkräfte geleistet werden.

Die Leistungen der Länder und Kommunen für Krisendienste, Sozialpsychiatrische Dienste, Jugendämter und Krisenangebote im Rahmen der Eingliederungshilfe werden fortgeführt. Die arbeitsteilige Zusammenarbeit wird geregelt.

Zur Erhöhung der Akzeptanz soll die psychiatrische Krisenhilfe nicht unmittelbar in einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Klinik platziert werden.

Eine durchgehende ärztliche Verantwortung und Erreichbarkeit ist erforderlich, nicht jedoch eine ständige ärztliche Präsenz und Beteiligung an der Krisenhilfe.

Eine Beteiligung von Peers bei der Krisenhilfe soll ermöglicht werden.

Es muss durch Kooperationsverträge sichergestellt werden, dass bei Bedarf über die Krisenhilfe hinausgehende therapeutische Leistungen über die Krisenhilfe verbindlich und kurzfristig veranlasst werden kann.

Die Zusammenarbeit mit der Leitstelle des Rettungsdienstes bzw. ggf. künftiger Integrierter Notfallzentren muss verbindlich geregelt werden.

## 4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen

### **Status quo**

Psychische Krisen können im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen stehen oder Ausdruck einer temporären psychischen Überforderung sein, die zu einer Erkrankung führen. In beiden Fällen sind Leistungen nach SGB V zu erbringen. Psychische Krisen können auch in der Zuständigkeit anderer Leistungsträger stehen:

- im Zusammenhang mit einer seelischen Behinderung (SGB IX),
- bei sozialen, finanziellen oder sonstigen Lebensproblemen, ohne dass eine psychische Erkrankung vorliegt (allgemeine Daseinsvorsorge),
- ohne direkten Krankheitszusammenhang im Kindes- und Jugendalter (SGB VIII).

In diesen Fällen ist nicht die Krankenversicherung, sondern es sind andere Leistungsträger zuständig.

§ 11 SGB V sieht Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und deren Verschlimmerung vor. Nach § 23 Abs. 1 SGB V besteht ein Anspruch auf medizinische Vorsorge bei Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde sowie um Krankheiten zu verhüten oder ihre



Verschlimmerung zu verhüten. Dies wird in § 20 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung) aufgegriffen.

§ 72 SGB V legt den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen fest. Dieser umfasst gemäß § 75 auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung in den sprechstundenfreien Zeiten.

Beispiele für gesetzlich geregelte Mischfinanzierung unter Einbeziehung der GKV bieten die Krebsberatungsstellen gemäß § 65e SGB V und die Frühförderung gemäß § 46 SGB V.

## **Perspektiven**

Das BMG hat eine Neuordnung der Notfallversorgung angekündigt. In diesem Zusammenhang ist den besonderen Anforderungen an psychiatrische Krisenhilfe Rechnung zu tragen.

### **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Gemäß der Münchner Krisenstudie (Schleuning/Welschehold 2000) könnten auf ganz Deutschland bezogen pro Jahr ca. 800.000 Menschen eine psychiatrische Krisenhilfe in Anspruch nehmen (in München pro Jahr 9 Krisenfälle pro 1000 Einwohner als zusätzliche Kriseninterventionen neben den Leistungen der Vertragsärzte, PIAs, Notfallambulanzen, SPD, usw.).

### **6. Finanzielle Folgen**

Bei 800.000 qualifizierten Kriseneinsätzen, die pauschal mit 150 € vergütet werden, fallen jährlich 120 Millionen Euro Kosten an. Wenn man die Zuständigkeit der GKV mit 50 % einschätzt, fallen für diese jährlich Kosten von 60 Millionen Euro an.

### **Alternativrechnung:**

Bei bundesweit 500 Krisendiensten (Schlüssel 1 Dienst/160.000 Einwohner), einem Personalmehraufwand von 3 Vollkräfte (VK) pro Krisendienst, einem gemittelten Personalkostenaufwand von 80.000 €/Jahr ergeben sich ebenfalls jährliche Kosten von 120 Millionen Euro. Wenn man die Zuständigkeit der GKV mit 50 % einschätzt, fallen für diese jährlich Kosten von 60 Millionen Euro an.

In beiden Rechenmodellen reicht die Finanzierung nicht zur Schaffung eines eigenen Dienstes, sondern ist ausreichend für die Finanzierung des personellen Mehraufwands, der für bereits im Versorgungssystem tätige Fachkräfte zusätzlich anfällt. Die durchgängige Erreichbarkeit muss aus den berechneten Ressourcen sichergestellt werden.

### **Kompensation**

Die zusätzlichen Kosten einer psychiatrischen Notfallversorgung werden durch Kostenreduzierungen kompensiert, da das bestehende System mit oft fehlender psychiatrischer Krisenhilfe zu vermeidbaren Erkrankungen und insbesondere zu vermeidbarer Krankenhausbehandlungen führt.

Wenn durch jede 4. Krisenhilfe ein einziger Tag stationärer Behandlung vermieden wird, ergibt sich eine Einsparung von 60.000.000 € ( $800.000/4 \times 300$ ). Die gleiche Einsparung ergibt sich, wenn mit jeder 40. Krisenhilfe eine 10-tägige Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik vermieden wird.

## **3.2 Einzelfallbezogene Koordination**

Zugeordnet zu Dialogforum I - Versorgungsbereiche nach dem SGB V

**Entwurf Stand 11.03.2020**

### **1. Ziel**

Das niedrighschwellige Angebot einer einzelfallbezogenen Koordination und motivierenden Begleitung psychisch kranker Menschen wird sichergestellt.

Der Anspruch auf ambulante Soziotherapie (§ 37a SGB V) wird zu diesem Zweck ausgeweitet.

### **Leistungsvoraussetzungen**

Der Zugang zur ambulanten Soziotherapie ist niedrighschwellig zu gestalten. Das Vorliegen einer psychischen Erkrankung ist hinreichendes Kriterium zum Anspruch.

Die Koordination kann berücksichtigen:

- Sektorübergreifend alle Leistungen nach SGB V
- Pflegeleistungen nach SGB XI
- sonstige auf die psychische Erkrankung bezogene Leistungen (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, Leistungen zur Teilhabe und Krisendienste)

### **2. Gründe**

Die meisten psychisch erkrankten Menschen sorgen eigeninitiativ für die Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und setzen diese bis zum Abklingen der Symptome fort.

Aus psychischen Erkrankungen können sich jedoch negative Auswirkungen ergeben auf die Fähigkeit zur Orientierung im Gesundheitswesen, die Fähigkeit zur Entscheidung über notwendige Behandlungsformen und zur Koordination derselben sowie generell auf die Fähigkeit zur Kontaktaufnahme. Die genannten Phänomene verstärken sich mit der Schwere der psychischen Erkrankung.

Dadurch kommt es

- a) zu verzögertem Behandlungsbeginn und Fehlallokationen,
- b) zu medizinisch kontraindizierten Behandlungsunterbrechungen oder Behandlungsabbrüchen
- c) während der Behandlung zu Effizienzverlusten aufgrund mangelnder Abstimmung und Koordination

in der Folge von a) bis c) zu vermeidbaren (teilweise unfreiwilligen) stationären Behandlungen, zu vermeidbarer Arbeitsunfähigkeit, zu Gefährdungen oder Verlust der Erwerbsfähigkeit und generell zur Minderung der Lebensqualität eines relevanten Anteils der Menschen mit psychischen Störungen.

### 3. Maßnahmen

#### 3.1 Änderung im § 37a SGB V

Einige Formulierungen im § 37a SGB V wirken sich als Zugangshindernis bzw. Hindernis im Verlauf aus. Die gestrichenen Passagen sollten ersatzlos gestrichen werden:

*„(1) (neu: Psychisch erkrankte) Versicherte, ~~die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, haben Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.~~*

*Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Gesetzbuch sowie die Koordinierung ~~der verordneten~~ (neu: von) Leistungen von diesen sowie weiteren erforderlichen Leistungen. Ambulante Soziotherapie kann für maximal 30 Stunden verordnet werden. Anschließende Verlängerung bis 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall sollen bei fortbestehendem Bedarf auf Antrag genehmigt werden.*

*(2) ~~Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinie nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere die Krankheitsbilder, bei deren Behandlung im Regelfall Soziotherapie erforderlich ist, die Ziele, den Inhalt, den Umfang, die Dauer und die Häufigkeit der Soziotherapie, die Voraussetzungen, unter denen Ärzte zur Verordnung von~~*

~~Soziotherapie berechtigt sind, die Anforderungen an die Therapiefähigkeit des Patienten, Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.~~

~~(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.“~~

### 3.2 Änderung im § 132b SGB V - Versorgung mit Soziotherapie

§ 132b SGB V wird durch folgenden Text ersetzt. Die Formulierung erfolgt analog zum § 132a Absätze 1 bis 3:

*„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam erstmals bis zum 01. September 2020 Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit Soziotherapie abzugeben; für soziotherapeutische Leistungserbringer, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:*

- 1. Eignung der Leistungserbringer zur Versorgung nach § 37a,*
- 2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,*
- 3. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,*
- 4. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen.*

*Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen.*

*(2) Kommt eine Rahmenempfehlung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum 1. September 2020 zu Stande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach Absatz 3 anrufen. Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.*

*(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Organisationen der Leistungserbringer der Soziotherapieversorgung bilden erstmals bis zum 1. März 2020 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der maßgeblichen Verbände der soziotherapeutischen Leistungserbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.“*

*(4) Ab hier Übernahme des bisherigen § 132b SGB V mit Änderungen*

*„Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen schließen unter Zugrundelegung der Richtlinien nach § 37a Abs. 2 und der Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie ab, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Gegenstand der Vergütungsvereinbarungen sind alle in der Richtlinie nach § 37a Abs. 2 als von der Soziotherapie umfasste Leistungen.*

*Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen*

*Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“*

### 3.3 Mitberatungsrecht der maßgeblichen Patientenorganisationen

§ 140f SGB V Absatz 4 wird wie folgt ergänzt:

*„Bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 112 Absatz 5, § 115 Abs. 5, § 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Absatz 8 und 9, §§ 132a, 132b, 132c Absatz 2, § 132d Abs. 2, § 133 Absatz 4 und § 217f Absatz 4a vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 wirken die in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen beratend mit. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“*

## **4. Ausgestaltung der Leistung**

### 4.1 Leistungserbringung

#### **Status quo**

Soziotherapeutische Leistungserbringende bedürfen der Anerkennung. Vielerorts fehlen Leistungsanbieter.

#### **Perspektive**

Leistungen zur Soziotherapie dürfen erbracht werden durch Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Fachpflegekräfte für Psychiatrie und vergleichbar ausgebildete Fachkräfte. Sie sind ohne weitere Eignungsprüfung zur Erbringung von Soziotherapie zuzulassen

- im Rahmen neu zu schaffender ambulanter Angebotsstrukturen (sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen) im Rahmen psychiatrischer Institutsambulanzen,

- im Rahmen integrierter Versorgung und sonstiger Angebote von Komplexleistungen zur Behandlung,
- im Rahmen von Angeboten der Krisenhilfe oder
- mit Anerkennung als persönlicher Leistungsanbieter von Soziotherapie.

Wie bisher können auch sonstige Leistungsanbietende zugelassen werden, zum Beispiel als juristische Personen, Leistungsanbietende aus dem Bereich der Hilfe zur Teilhabe oder als natürliche Personen Fachkräfte mit der oben angegebenen Qualifikation und einer fachlichen Eignung.

## 4.2 Bezugsrahmen der Koordination

### **Status quo**

Die Soziotherapie bezieht sich ausschließlich auf verordnete Leistungen.

### **Perspektive**

Die Soziotherapie sollte nach der Neuregelung berücksichtigen:

- ärztliche Behandlung (Psychiatrie/Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Hausärztinnen und -ärzte, weitere Fachärztinnen und -ärzte)
- sektorübergreifend alle Leistungen nach SGB V: ambulante Behandlung, Krankenhausbehandlung, Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, medizinische Rehabilitation, verordnete Behandlungsleistungen (häusliche (psychiatrische) Krankenpflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie usw.)
- Pflegeleistungen nach SGB XI
- sonstige auf die psychische Erkrankung bezogene Leistungen (Sozialpsychiatrische Dienste, Hilfe zur Teilhabe, Krisendienste)

Die beiden letzten Bereiche werden bei der Soziotherapie berücksichtigt (analog zur Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI). Die Soziotherapie leistet jedoch nicht zulasten der GKV die Gesamtkoordination dieser Bereiche. Perspektivisch kann an eine



Finanzierung durch ein trägerübergreifendes patientenbezogenes Budget gedacht werden.

#### 4.3 Vergütung

##### **Status quo**

Die Leistungen werden aus dem Budget der ambulanten Versorgung finanziert.

##### **Perspektive**

Die Leistungen sollten extrabudgetär finanziert werden. Dadurch wird eine Verordnung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie durch Ärztinnen und Ärzte von Krankenhäusern (einschließlich PIA) ermöglicht. Die Verordnung durch Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten sollte weiterhin möglich sein. Auch eine begrenzte Verordnung durch Ärztinnen und Ärzte Sozialpsychiatrischer Dienste und Einrichtungen der Krisenhilfe sollte die Leistung auslösen können. Die Verordnung sollte auch durch Drittmeldende (Angehörige, zusammenlebende Partner) initiiert werden können.

#### **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Es ist davon auszugehen, dass etwa 5% der Versicherten mit einer F-Diagnose ohne Soziotherapie im ambulanten Behandlungsbereich entweder unzureichende oder zumindest unzureichend koordinierte Behandlungsleistungen erhalten.

#### **6. Finanzielle Folgen**

Die zusätzlichen Kosten einer einzelfallbezogenen Koordination werden durch Kostenreduzierungen kompensiert, da das Fehlen derselben zu vermeidbaren Krankenhausbehandlungen führt.

Die Kosten der Soziotherapie lagen 2018 bei ca. 6,5 Mio. Euro.

Im Gesetzgebungsverfahren zur Einführung der Soziotherapie im Jahr 2000 wurden die Kostenfolgen auf 128 Mio. Euro/Jahr geschätzt.

### **3.3 Intensive, ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke**

Zugeordnet zu Dialogforum I - Versorgungsbereiche nach dem SGB V

**Entwurf Stand 15.10.2021**

#### **1. Ziel**

Es wird ein Rechtsanspruch auf ambulante Komplexleistung geschaffen.

Dadurch wird der Anspruch auf die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker konkretisiert (§ 27 SGB V). Ein solches Versorgungsangebot wird durch eine Stärkung der kollaborativen und koordinierten Versorgung erreicht.

#### **2. Gründe**

Schwer erkrankte Menschen benötigen in vielen Fällen abgestimmte multiprofessionell erbrachte Komplexleistungen. Unter Komplexleistungen werden Behandlungsleistungen von einem multiprofessionellen Behandlungsteam verstanden bzw. Behandlungsleistungen von mehreren Leistungserbringern mit intensivierten, flexiblen, häufig zugehenden Behandlungsangeboten, die so intensiv koordiniert werden, dass der Begriff wie aus einer Hand gerechtfertigt ist.

Durch die KSVPsych-Richtlinie gemäß § 92 6b SGB V wurde die Grundlage für die Behandlung von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit komplexem Behandlungsbedarf durch intensivierete Koordination geschaffen. Ein neue Behandlungsform ist dadurch nicht geschaffen worden und konnte auch ohne entsprechende gesetzliche Grundlage durch den G-BA nicht geschaffen werden. Für einen Teil der schwer psychisch erkrankten Menschen reicht eine intensivierete Koordination additiv erbrachter Leistungen nach herkömmlichen Vorgaben nicht aus. In solchen Fällen ist ein neuartiges Behandlungsangebot erforderlich, dass neben der intensiven Koordination durch intensivierete, flexible, häufig zugehende, multiprofessionell erbrachte Behandlung gekennzeichnet und im Bedarfsfall mit Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern (insbesondere Pflege nach SGB XI, Hilfe zur Teilhabe nach SGB IX) und Jugendhilfe (SGB VIII) verknüpft ist.

Mit psychischen Erkrankungen sind oft Einschränkungen der Fähigkeit zur Orientierung im Gesundheitswesen, der Fähigkeit zur Entscheidung über notwendige Behandlungsformen und zur Koordination derselben sowie generell der Fähigkeit zur

Kontaktaufnahme verbunden. Die genannten Phänomene verstärken sich mit der Schwere der psychischen Erkrankung. Mit der Schwere der Erkrankungen nimmt der Bedarf an individuellen und bedarfsorientierten, gleichzeitig zu erbringenden Behandlungsleistungen im Bereich der fachärztlichen Versorgung, der Krankenpflege, der Versorgung mit Heilmitteln und ggf. weiterer Behandlungsleistungen, zu.

Leistungserbringende müssen in die Lage versetzt werden im Einzelfall erforderliche Behandlungsleistungen interdisziplinär, multiprofessionell und personenbezogen integriert als mobile/ambulante Komplexleistung zu realisieren. Die Leistungen müssen in der Planung abgestimmt (Behandlungsplan) und im Verlauf verbindlich koordiniert erbracht werden können.

### **3. Maßnahmen**

Eine rechtliche Verankerung sollte durch Einfügung eines § 43c SGB V (aktuell c wird d) erfolgen.

Die ambulante Komplexleistung ist extrabudgetär zu vergüten. Als Finanzierungsmodus sind gestufte, bedarfsbezogene Pauschalen denkbar.

Einfügen eines § 43c SGB V (aktuell c wird d):

*„Ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke*

*Schwer psychisch kranke Versicherte haben Anspruch auf ambulante psychiatrische Komplexleistungen, die unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Diese werden im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung oder durch Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen erbracht und umfassen ärztliche und nichtärztliche Leistungen.“*

Einfügung eines § 116b SGB V (aktuell b wird c):

*„Ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke*

*Die ambulante Komplexleistung umfasst die Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen, die aufgrund der Art und Schwere eine multimodale Behandlung erfordern, die sich durch Multiprofessionalität und erhöhte Intensität der Behandlung und der Koordination auszeichnet. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene psychiatrisch-*

*psychotherapeutische und psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhäuser sind berechtigt, ambulante Komplexleistungen für psychisch Kranke zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen. Die im Rahmen der ambulanten Komplexleistungen erforderlichen nichtärztlichen Leistungen werden integriert erbracht.*

*Die Vergütung der ambulanten Komplexleistung erfolgt unmittelbar von den Krankenkassen.“*

Der G-BA müsste in § 92 SGB V zum Beschluss von entsprechenden Richtlinien verpflichtet werden, z.B. durch Einfügung eines § 92 6c SGB V.

### **3.4 Medizinische Rehabilitation für psychisch Kranke**

Zugeordnet zu Dialogforum I - Versorgungsbereiche nach dem SGB V

**Entwurf Stand 07.04.2021**

#### **1. Ziel**

Durch Neuregelungen im SGB V wird der Anspruch auf medizinische Rehabilitation für psychisch Kranke im Bereich der mobilen Rehabilitation präzisiert und der Zugang zu medizinischer Rehabilitation für psychisch Kranke mit medizinischem Rehabilitationsbedarf erleichtert.

Der Zugang zur medizinischen Rehabilitation wird erleichtert, indem

- neu zu schaffende ambulante Angebotsstrukturen und psychiatrische Kliniken die Zulassung erhalten, mobile und ambulante medizinische Rehabilitationsangebote vorzuhalten, die Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationsbedarf berücksichtigen, die wegen Art, Dauer und Schwere der Erkrankung dieser Leistung bedürfen. Vorrangig werden es Patientinnen und Patienten aus der Gruppe sein, die über die Vereinbarung nach § 118 SGB V Abs. 2 Satz 2 umschrieben ist.
- im Rahmen psychiatrisch/psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung eine Bedarfsprüfung in Bezug auf medizinische Rehabilitation vorgeschrieben wird.

#### **2. Gründe**

- a) Nach einer Behandlung in einer psychiatrisch/psychotherapeutischen oder psychosomatisch/psychotherapeutischen Klinik (stationär, teilstationär oder stationsäquivalent) reicht bei einem Teil der psychisch erkrankten Menschen ambulante Behandlung nicht aus, um Krankheitsfolgen zu überwinden bzw. eine drohende Behinderung zu vermeiden oder zu vermindern sowie Pflegebedürftigkeit zu verhindern. In diesen Fällen ist medizinische Rehabilitation angezeigt. Es handelt sich oft um Patientinnen und Patienten mit häufigen oder lang andauernden Behandlungen (Drehtürpsychiatrie). Eine Leistung der Eingliederungshilfe als Leistung zur sozialen Teilhabe ist hier entsprechend (noch) nicht angezeigt.

- b) Nach § 11 SGB V besteht bereits ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation. In § 27 Abs.1 gibt der Gesetzgeber vor, die besonderen Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen bei der medizinischen Rehabilitation zu beachten. Diese Besonderheiten sind gesetzlich nicht konkretisiert. Durch die empfohlene Neuregelung wird diese gesetzliche Auflage konkretisiert.

Die medizinische Rehabilitation verfolgt insbesondere die Ziele der Bewältigung von Krankheitsfolgen, Pflegevermeidung und Alltagsbewältigung (medizinisch-soziale Rehabilitation). Hierzu gehört, die krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen zu beseitigen oder zu mindern und den Erwerb von sozialen Kompetenzen (Kommunikationsverhalten, Beziehungsgestaltung, Selbstversorgung) zur eigenständigen Lebensführung u. a. durch ergotherapeutische, psychotherapeutische und soziotherapeutische Leistungen zu befördern. Dabei geht es auch um die Vermeidung von langer Arbeitsunfähigkeit auf Grund psychischer Erkrankung. Die Zuständigkeit für die medizinische Rehabilitation mit den angeführten Zielsetzungen liegt nach § 40 SGB V bei der Krankenversicherung. Sofern das Ziel der Rehabilitation die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist, sind Leistungen der Rentenversicherung bei Erfüllung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen vorrangig (medizinisch-berufliche Rehabilitation).

Die Möglichkeit des Abschlusses von Versorgungsverträgen nach § 111 und § 111c bleiben von der vorgeschlagenen Neuregelung unberührt.

### **3. Maßnahmen**

- Im § 40 SGB V werden die „besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker“ (§ 27 Abs. 1 SGB V) konkretisiert. Dabei ist insbesondere auf den Bedarf an mobilen, multiprofessionellen, im Lebensfeld des Rehabilitanden agierenden Teams hinzuweisen, die unter Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatische Medizin stehen. Der zeitliche Umfang wird auf 4-8 Monate mit der Möglichkeit einer begründeten Verlängerung festgelegt.
- Durch Hinzufügung eines § 111 d SGB V oder eines weiteren Absatzes n
- § 111 c SGB V wird wie folgt geregelt (analog PIA / § 118 SGB V):

- *„Psychiatrische und psychosomatische Kliniken und Anbieter von ambulanten Komplexleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung sind zur ambulanten und mobilen psychiatrischen Rehabilitation der Versicherten zuzulassen. Diese Rehabilitation ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf psychiatrische Rehabilitation durch diese Krankenhäuser und diese Praxen angewiesen sind. Der Krankenhausträger bzw. die Angebote im Rahmen der vertragsärztlichen Strukturen stellen sicher, dass die für die ambulante und mobile Rehabilitation erforderlichen Ärztinnen und Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte sowie die notwendige Infrastruktur bei Bedarf zur Verfügung stehen.“*
- In § 39 1a wird ergänzt, dass im Rahmen des Entlassmanagements der Krankenhäuser regelhaft die Erforderlichkeit von medizinischer Rehabilitation geprüft wird.
- In § 11 Abs. 4 wird festgelegt, dass im Versorgungsmanagement auch Rehabilitationsangebote und die Reha-Beratung einzubeziehen sind.

## **4. Ausgestaltung der Leistung**

### 4.1 Leistungserbringung

#### **Status quo**

Es bestehen Angebote zur medizinischen Rehabilitation für Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen einschließlich Suchterkrankungen. Für Menschen mit Rehabilitationsbedarf wegen sonstiger psychischer Erkrankungen wird nur punktuell medizinische Rehabilitation angeboten.

Am wenigsten verbreitet bzw. regelhaft nicht vorhanden, ist die mobile Rehabilitation. Medizinische Rehabilitation wird fast ausschließlich in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V erbracht.

#### **Perspektive**

Bei der Leistungserbringung sind mobile, flexible, individualisierte und ambulante Angebote sicherzustellen. Der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege wird beachtet.

Dabei kommt der therapeutischen Kontinuität, einschließlich der personellen Kontinuität der Therapeutinnen und Therapeuten und der zeitnahen Realisation, hohe Bedeutung

zu. Diese kann insbesondere durch eine Verknüpfung mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung durch Krankenhäuser bzw. Angebote im Rahmen der vertragsärztlichen Strukturen einschließlich nach der KSVPsych-RL erreicht werden. Die Gründung neuer separater Rehabilitationseinrichtungen sollte nur bewilligt werden, wenn verknüpfte Angebote nicht bestehen und nicht angestrebt werden.

Intensität und Dauer müssen individuell bestimmt werden. Der Zeitrahmen soll 4-8 Monate mit der Möglichkeit einer begründeten Verlängerung umfassen. Eine unmittelbar an Krankenhausbehandlung anschließende Rehabilitation muss ermöglicht werden.

## 4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen

### **Status quo**

Nach § 11 SGB V besteht bereits ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation. In § 27 Abs.1 gibt der Gesetzgeber vor, die besonderen Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen bei der medizinischen Rehabilitation zu beachten. Diese Besonderheiten sind gesetzlich nicht konkretisiert.

§ 111 SGB V ermöglicht stationäre medizinische Rehabilitation mit Versorgungsvertrag und § 111c SGB V ermöglicht ambulante medizinische Rehabilitation mit und ohne Versorgungsvertrag.

Die Zuständigkeit für die medizinische Rehabilitation mit den in unter 2. angeführten Zielsetzungen liegt nach § 40 SGB V bei der Krankenversicherung.

Sofern das Ziel der Rehabilitation die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist, sind Leistungen der Rentenversicherung bei Erfüllung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen vorrangig.

## **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Es ist davon auszugehen, dass zusätzlich zu den bisherigen Inanspruchnahmen etwa 0,3 % der erwachsenen Patientinnen und Patienten mit einer F-Diagnose eine mobile, flexible ambulante bzw. nachrangig eine individualisierte stationäre medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV benötigen. Vorrangig werden es Patientinnen und Patienten aus der Gruppe sein, die über die Vereinbarung nach § 118 SGB V Abs. 2 Satz 2 umschrieben ist.



## **6. Finanzielle Folgen**

Bisher liegt die Bewilligung von medizinischen Reha-Maßnahmen bei psychischen Erkrankungen einschließlich der psychosomatischen Rehabilitation zu Lasten der GKV insgesamt bei etwas über 1 % aller medizinischen Rehamaßnahmen (ca. 18.000 psychiatrisch/psychotherapeutische Rehamaßnahmen bei insgesamt 1,7 Millionen medizinischen Rehabilitationen). Eine Steigerung auf 3% (36.000 zusätzliche Rehamaßnahmen) würde bei durchschnittlichen Maßnahmenkosten von 20.000 Euro zu Mehrkosten in Höhe von 720 Millionen Euro führen, die teilweise kompensiert werden durch die Verkürzung und Vermeidung stationärer Behandlung (bei ca. 12 Milliarden Euro Budgetvolumen im Bereich psychischer Erkrankungen).

### **3.5 Einbeziehung von Erfahrungswissen**

#### Zugeordnet zum Dialogforum II – Selbstbestimmung und Partizipation

**Entwurf Stand: 08.12.2020**

#### **1. Ziele**

Der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern im Rahmen der Krankenhausbehandlung, der Krisenversorgung und bei komplexer ambulanter Behandlung wird ermöglicht und gefördert.

#### **2. Gründe**

Die Erforschung und Behandlung psychischer Störungen haben eine lange Tradition, in der die psychisch erkrankten Menschen als Objekt der Wissenschaft betrachtet werden. Den Erfahrungen der Betroffenen wird kaum eine Bedeutung beigemessen. Das daraus resultierende Versorgungssystem lässt viele genesungsorientierte Ansätze unberücksichtigt und viele Nutzerinnen und Nutzer sind mit den Angeboten unzufrieden. Psychiatrie-Erfahrene verfügen über ein großes Wissen über unterstützende Haltungen, Methoden und Strukturen, das jedoch kaum in die bestehende Versorgung einfließt.

Viele Untersuchungen haben aufgezeigt, dass die Einbeziehung des „Expertenwissens aus Erfahrung“ beiträgt zu:

- einem erweiterten Verständnis psychischer Störungen
- neuem Wissen über genesungsfördernde Faktoren in der Psychiatrie
- der Entwicklung neuer Methoden und umfassender Inhalte in der Fachkräfteausbildung
- innovativen Angeboten psychiatrischer Dienste

In einer Reihe von psychiatrischen Kliniken werden Menschen mit eigener psychiatrischer Behandlungserfahrung erfolgreich als Genesungsbegleiterinnen und -begleiter eingesetzt. Für diese Tätigkeit gibt es eine strukturierte und überregional durch ein standardisiertes Curriculum beschriebene Ausbildung (Ex-In-Qualifizierung). Aktuell gibt es dazu keine rechtlichen Regelungen weder zum Einsatz noch zur Ausbildung von Genesungsbegleitern.

### **3. Maßnahmen**

In § 136a Abs. 2 wird dem G-BA die Bestimmung von Richtlinien zur Sicherung der Qualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vorgeschrieben.

In § 136 a Abs. 2 SGB V sollte nach Satz 3 eingefügt werden:

*„Dabei soll die Einbeziehung von Menschen mit eigener Behandlungserfahrung ermöglicht werden, die eine geeignete Qualifikation erworben haben.“*

### **4. Ausgestaltung der Leistung**

#### 4.1 Leistungserbringung

Der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern im Rahmen der Krankenhausbehandlung, der Krisenversorgung und bei komplexer ambulanter Behandlung soll ermöglicht und gefördert werden. Die durch die Ex-In-Ausbildung erworbene Qualifikation soll anerkannt werden. Bei einschlägig beruflich qualifizierten Mitarbeitenden soll die eigene Behandlungserfahrung als zusätzliche Qualifikation gewertet werden.

#### 4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) legt in § 9 fest, dass auch Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter auf Stationen eingesetzt werden sollen.

Eine entsprechende Vorgabe im SGB V fehlt bisher.

### **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Es gibt pro Jahr über eine Millionen Behandlungsfälle in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Die Patientinnen und Patienten dieser Kliniken werden in unterschiedlichem Ausmaß die spezielle Kompetenz der Genesungsbegleitung nutzen. Hinzu kommen Einsatzmöglichkeiten im Rahmen der vertragsärztlichen psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung, der medizinische Rehabilitation, der integrierten Versorgung, der Krisenversorgung und weitere Möglichkeiten der Mitwirkung.

## **6. Finanzielle Folgen**

Die Vergütung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern erfolgt aus den verhandelten Vergütungen der Leistungsangebote.

### **3.6 Individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan**

Zugeordnet zum Dialogforum II – Selbstbestimmung und Partizipation

**Entwurf Stand: 26.05.2021**

#### **1. Ziele**

Der Anspruch schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten auf einen individuellen Behandlungsplan wird gestärkt und die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten bei dessen Erstellung wird sichergestellt. Die Einbeziehung von Angehörigen, Peers oder sonstigen Bezugspersonen der Patientinnen oder Patienten wird ermöglicht.

#### **2. Gründe**

Eine einvernehmliche individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplanung stellt den entscheidenden Schlüssel zur Herstellung bzw. Wahrung der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten dar.

Zudem hängt der Behandlungserfolg bei psychischen Erkrankungen wesentlich von der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Bedarfe und der motivierten Beteiligung der Patientinnen und Patienten an ihrem Genesungsprozess ab. Der gemeinsamen Behandlungsplanung mit den Erkrankten kommt daher bei psychischen Erkrankungen besondere Bedeutung zu. Sie gehört daher bereits zum Standard psychiatrischer Behandlung. Die Verschriftlichung dient für beide Seiten der Sicherheit, Klarheit, Transparenz sowie der Eindeutigkeit und kann den kontinuierlichen Fortschritt der Behandlung darstellen. Sie dokumentiert auch die Beteiligung der Patientinnen und Patienten, unterstützt die Verständigung und kann in die Erstellung einer Behandlungsvereinbarung einmünden.

Insbesondere bei psychischen Störungen mit komplexem Hilfebedarf sind integrierte, individuelle Behandlungs- bzw. Rehabilitationspläne erforderlich. Diese sollen ggf. multiprofessionell erstellt werden. Die Zuständigkeit für die Erstellung des Teilhabeplans bleibt beim Rehabilitationsträger. Sofern Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf parallel bestehen, ist Kooperation und Koordination die Zielsetzung. Dies erhöht die Effizienz und Transparenz für alle Beteiligten.

### **3. Maßnahmen**

Es sollte ein Rechtsanspruch auf einen individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplan begründet werden.

In § 11 Abs. 4 Versorgungsmanagement sollte eingefügt werden:

*„Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf einen vom Behandelnden mit ihnen abgestimmten, individuellen Behandlungsplan in schriftlicher Form. Im Bedarfsfall sind Hilfen zur Teilhabe, insbesondere medizinische Rehabilitation, und Pflegeleistungen zu berücksichtigen.“*

In der Begründung ist klarzustellen, dass der Behandlungs- und Rehabilitationsplan mit den Versicherten gemeinsam erarbeitet wird. Dabei können persönliche oder professionelle Bezugspersonen einbezogen werden.

### **4. Ausgestaltung der Leistung**

#### **4.1 Leistungserbringung**

Die individuelle Behandlungsplanung soll prägnant sein und sich auf die Bestimmung der Behandlungsziele und die Vorgehensweise beziehen. Der Zeitaufwand muss in einem adäquaten Verhältnis zum Behandlungsbedarf stehen. Der Behandlungsplan soll jeweils fortgeschrieben und nicht von jedem Behandelnden neu geschrieben werden. Die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten soll sichergestellt und die Einbeziehung von Angehörigen, Peers oder sonstigen Bezugspersonen der Patientinnen oder Patienten ermöglicht werden.

Sofern über die medizinische Behandlung hinaus Hilfen zur Teilhabe nach SGB IX, Leistungen nach SGB VIII/Jugendhilfe oder Leistungen nach SGB XI/Pflege erforderlich sind, ist für eine integrierte Hilfeplanung Sorge zu tragen. Die Behandelnden tragen dazu die auf die medizinische Behandlung bezogenen Maßnahmen bei.

#### **4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen**

In einzelnen Leistungssegmenten nach SGB V bestehen rechtliche Regelungen zur Behandlungsplanung z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen, ambulante Soziotherapie, ambulante psychiatrische Pflege, ambulante Psychotherapie,

Behandlungsleistungen für Menschen mit Behinderung, sozialpädiatrische Leistungen, medizinische Rehabilitation, Medikationsplan. Auch im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) ist lt. Richtlinie des G-BA ein Behandlungsplan aufzustellen.

Des Weiteren schreiben die meisten PsychK(H)Gs der Länder bei Unterbringung eine Behandlungsplanung vor. Seit 2013 (Patientenrechtegesetz) ist in § 630 d BGB geregelt, dass der Behandelnde vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme die Einwilligung der Patientinnen und Patienten einzuholen hat und diese nur auf Grundlage einer eingehenden Aufklärung rechtswirksam ist (§ 630 e BGB).

Im Rahmenvertrag „Entlassmanagement nach § 39 Abs 1a SGB V“ wird geregelt, dass unter Verantwortung der Krankenhausärztin bzw. des Krankenhausarztes der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung erfasst und ein Entlassplan aufgestellt werden soll.

Diese Vorschriften wurden nicht im SGB V aufgenommen und fanden auch keine Berücksichtigung bei der Vergütung.

## **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Grundsätzlich ist die Behandlungsplanung bereits jetzt Bestandteil der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung. Der Umfang soll nicht wesentlich ausgeweitet werden. Neu ist der Anspruch der Patientinnen und Patienten auf eine schriftliche Version des Behandlungsplans und die Beteiligung des Behandlungsbereichs an der integrierten Behandlungsplanung. Eine integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung wird nur bei einem kleinen Teil notwendig sein.

## **6. Finanzielle Folgen**

Es handelt sich um eine Konkretisierung bestehender Vorgaben zur Behandlung. Der Zeitaufwand ist bei den Verhandlungen zur Vergütung der Leistungen zu berücksichtigen.

### **3.7 Zwang in der Psychiatrie und Vermeidung von Zwang**

#### Zugeordnet zum Dialogforum II – Selbstbestimmung und Partizipation

**Entwurf Stand: 07.12.2020**

#### **1. Ziele**

- a) Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen auf Grund krankheitsbedingter akuter Fremd- und Selbstgefährdung muss sich im Rahmen der (menschlichen) rechtlichen Vorgaben bewegen. Zugleich sollte ein Behandlungskonzept als Maßnahme der Qualitätssicherung verpflichtend vorgelegt werden, dass die Qualitätsstandards im Umgang mit Zwang und die Alternativen zum Zwang vorgibt.
- b) Zwangsmaßnahmen im Rahmen der klinischen Behandlung sind nach Grund, Art und Dauer zu dokumentieren. Zugleich sind die angewandten Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang bzw. Alternativen zum Zwang in die Dokumentation mit aufzunehmen. Beide Dokumentationspflichten sollten Bestandteil der Qualitätsberichte und der Berichtspflichten gegenüber den Leistungsträgern und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung von Kommune, Land und Bund sein.

#### **2. Gründe**

- a) Die Daten- und Informationslage hinsichtlich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen an Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen ist unzureichend.  
Ursächlich dafür sind unterschiedliche Zuständigkeiten beim Bund und bei den Ländern sowie die unterschiedlichen Rechtskreise, insbesondere hinsichtlich des öffentlichen Rechts und des Zivilrechts.  
Wirksam sind aber auch die sehr unterschiedlichen Anforderungen an Leistungserbringende hinsichtlich ihrer Dokumentation- und Meldeverpflichtungen.
- b) Durch höchstrichterliche Rechtsprechung liegen wesentliche Vorgaben zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen in Bezug auf Fixierungen und Zwangsbehandlungen im Rahmen der Unterbringung in psychiatrischen Kliniken vor. Dies betrifft Zwangsmaßnahmen nach dem PsychK(H)G der Länder und



zivilrechtliche Unterbringungen. Bestimmte zivilrechtliche Zwangsmaßnahmen (Bettgitter, Fixierungen, etc.) sind auch in somatischen Kliniken bzw. in psychiatrischen Kliniken unabhängig von der Unterbringung möglich.

Die Zwangsmaßnahmen stehen regelhaft im Behandlungszusammenhang. Die Fremd- und Selbstgefährdungen sind krankheitsbedingt und es sind entsprechende Behandlungskonzepte im Umgang notwendig. Vorliegende Daten aus einzelnen Bundesländern weisen darauf hin, dass zwischen 30 und 50 % der Unterbringungen von den Kliniken selbst eingeleitet werden. Dokumentation und Transparenz sind in Bezug auf die Qualitätssicherung geboten. Die Fachgesellschaften haben Leitlinien zum Umgang mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten vorgelegt. In einzelnen Kliniken bzw. Klinikverbänden sind Fachkonzepte zum Umgang mit Zwang entwickelt worden. Eine gesetzliche Verpflichtung im Rahmen des SGB V zu einem einrichtungsbezogenen und einrichtungsübergreifenden Dokumentations- und Fachkonzept zum Umgang mit Zwang und für Alternativen zu Zwang besteht nicht. Regelungen zum Berichtswesen sind ebenso nicht vorgegeben.

### 3. Maßnahmen

Im Rahmen des SGB V wären Vorgaben zur Dokumentation und Konzeptentwicklung in den Abschnitten zur Qualitätssicherung zu regeln.

Zu empfehlen sind folgende rechtliche Konkretisierungen:

- **§ 135a SGB V: Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung**

Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sollte Aspekte des Gewaltschutzes und der Zwangsvermeidung sowie einer entsprechenden Dokumentation umfassen. Diese betrifft auch die somatischen Krankenhäuser z.B. in der Versorgung von demenzerkrankten Menschen.

Nach § 135a Abs. 2 Punkt 2 wird der hervorgehobene Text eingefügt:

*„1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört **und***

***strukturierte Maßnahmen zur Förderung von Selbstbestimmung und zur Vermeidung von Zwang einzuführen.“***

▪ **§ 136a SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen**

In § 136a Abs. 2 sind in der „Insbesondere-Aufzählung“ Qualitätsindikatoren zu ergänzen, die der Förderung von Selbstbestimmung und der Vermeidung von Zwang dienen.

Die Richtlinien nach § 136a SGB V sollten in Abs. 3 in der Folge der o. a. Ausführung zu § 135a SGB V das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und das Beschwerdemanagement entsprechend präzisieren.

Die Richtlinien sollten entsprechende Leitlinien der Fachgesellschaften berücksichtigen und darauf Bezug nehmen.

▪ **§ 136b SGB V: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus: Qualitätsberichte Abs. 1 Punkt 3**

In den Vorgaben zu den Qualitätsberichten sollten in Bezug auf die psychiatrische Versorgung differenzierte Vorgaben über die Aufnahme von Konzepten zur Förderung von Selbstbestimmung und Vermeidung von Zwang, der Dokumentation der Umsetzung und der Beteiligung an einem regionalen Zwangsvermeidungsmonitoring verankert werden.

## **4. Ausgestaltung der Leistung**

### **4.1 Leistungserbringung**

Die Umsetzung der Maßnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung und zur Vermeidung von Zwang sollen möglichst einrichtungsbezogen und einrichtungsübergreifend erfolgen. Dabei sind jährlich variierende Schwerpunktsetzungen vorzunehmen, die zeitökonomischen Aspekten Rechnung tragen und den Einsatz personeller Ressourcen steuern.

### **4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen**

In einzelnen Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetzen der Länder sind Regelungen zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in Bezug auf die Unterbringung geregelt. Die Zwangsmaßnahmen stehen regelhaft im Behandlungszusammenhang mit krankheitsbedingten selbst- und fremdgefährdenden Verhalten. Adäquate

Dokumentation und Transparenz ist in Bezug auf die Qualitätssicherung und die externe Kontrolle notwendig.

Entsprechend sind Qualitätsvorgaben in Bezug auf Behandlungskonzepte, Behandlungsdokumentation und Datenübermittlung dem Rechtskreis des SGB V zuzuordnen. Hier fehlen insbesondere in den Abschnitten zur Qualitätssicherung bisher Vorgaben.

§ 136a Abs. 2 bestimmt, dass der G-BA in Richtlinien nach § 136 Abs. 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen hat.

Dies ist im Gesetz nicht konkretisiert und noch nicht erfolgt.

### **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Es ist davon auszugehen, dass ca. 20 % der Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken von Zwangsmaßnahmen betroffen sind. Belastbare Daten aus der somatischen klinischen Versorgung liegen nicht vor.

### **6. Finanzielle Folgen**

Der Aufwand ist bei der Personalbemessung zu berücksichtigen.

### **3.8 Partizipation – Patientenbeteiligung bei Planung und Steuerung**

#### Zugeordnet zum Dialogforum II – Selbstbestimmung und Partizipation

**Entwurf Stand: 27.05.2020**

#### **1. Ziele**

Die Beteiligung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird gestärkt.

Die Beratungen in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses werden transparenter.

#### **2. Gründe**

Die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten im G-BA hat sich bewährt. Es besteht ein Mitberatungsrecht der Patientenvertreterinnen und -vertreter, ein Antragsrecht der sendenden Organisationen und ein eingeschränktes Antragsrecht der Patientenvertretenden. Ein Stimmrecht der Patientenvertretung besteht nicht.

In der Praxis werden die Voten der Patientenvertretenden in Fragen der Gremienabläufe, der Einbeziehung von externen Sachverständigen sowie der Auftragsvergabe berücksichtigt. Ein formelles Stimmrecht haben in diesen, wie in allen übrigen Fragen nur die Vertretende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen. In den Leitungsgremien der Institute IQWiG und IQTIG sind keine Patientenvertretenden beteiligt. Alle Beratungen des G-BA unterliegen einer Geheimhaltungspflicht. Patientenvertretende sind dadurch weitgehend gehindert, sich mit Selbsthilfeorganisationen auszutauschen und sich fachkompetenten Rat einzuholen.

#### **3. Maßnahmen**

Den Patientenvertretenden sollte ein formelles Stimmrecht bei prozeduralen Fragen eingeräumt werden, z. B. bei Anträgen zur Beauftragung von IQWiG und IQTIG.

Die Patientenvertretenden erhalten das Recht, sich im Rahmen der organisierten Selbsthilfe abzustimmen.

Es soll geprüft werden, inwieweit Patientenvertretende bei Beschlüssen des G-BA schrittweise ein Stimmrecht eingeräumt werden kann.

#### **4. Rechtlicher Bezugsrahmen**

Gemäß § 91 SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss) sind die Patientenvertretenden keine Mitglieder des Beschlussgremiums des G-BA.

Gemäß § 140f sind sie beratend zu beteiligen. In bestimmten Regelungsbereichen bestehen Antragsrechte.

#### **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Es ist davon auszugehen, dass sich eine stärkere Beteiligung von Patientenvertretenden im G-BA positiv auf die Qualität medizinischer Maßnahmen auswirkt.

#### **6. Finanzielle Folgen**

Es entstehen keine zusätzlichen Kosten.

### **3.9 Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe**

#### Zugeordnet zum Dialogforum III – Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen

**Entwurf Stand: 23.11.2020**

#### **1. Ziel**

Diese Handlungsempfehlung hat die Stärkung der Qualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung von Versicherten mit besonderem Behandlungsbedarf zur Zielsetzung. Dadurch wird ein gleichberechtigter Zugang dieser Patientengruppe und ein zielgruppenspezifisch qualifiziertes Behandlungsangebot sichergestellt (Inklusion, barrierefreier Zugang).

#### **2. Gründe**

Pauschalfinanzierungen ohne Zuschläge führen tendenziell zu einem erschwerten Zugang oder Minderversorgung von Patientinnen und Patienten mit besonders hohem Behandlungsbedarf.

Menschen mit psychischen Erkrankungen und einem besonderen bzw. erhöhtem Behandlungsbedarf auf Grund erschwerender Begleitumstände benötigen auf ihre individuellen Bedarfe zugeschnittene Hilfe und Unterstützung, die über die übliche Behandlung hinausgeht. Dieser Mehraufwand bei der Leistungserbringung zielt nicht nur auf personelle und zeitliche Ressourcen ab, sondern auch auf koordinierende Aufgaben.

#### **3. Maßnahmen**

Eine rechtliche Verankerung sollte durch die Einfügung eines § 123 SGB V erfolgen.

*„Besondere Behandlungsbedarfe psychisch Kranker*

*Zur Vergütung von Behandlungsleistungen für psychisch erkrankte Versicherte, deren Behandlungsbedarf erheblich erhöht ist durch zusätzliche, über die psychische Erkrankung hinausgehende, die Behandlung erschwerende Begleitumstände, können pauschalisierte, personenbezogene Zuschlagsfaktoren vereinbart werden. Diese erhöhen die Vergütung aller erforderlichen Leistungen im Bereich der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Behandlung sowie der Behandlung durch psychiatrisch/psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen. Dies dient dem*

*pauschalieren Ausgleich für zeitlichen Mehraufwand, erforderliche Hinzuziehung spezifischer Kompetenz oder therapiesichernde Maßnahmen.“*

Zuschlagsfaktoren sollen vereinbart werden für psychisch erkrankte Versicherte mit erheblicher somatischer Komorbidität, zusätzlicher Behinderung, mit selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen oder sonstigen spezifischen Behandlungsanforderungen. Unter „erheblich“ wird ein Mehraufwand von mindestens 50% verstanden.

Auch eine therapeutisch gebotene Mitnahme von Säuglingen und Kleinkindern psychisch kranker Elternteile soll durch einen Zuschlagsfaktor vergütet werden.

Zur Definition der anspruchsberechtigten Gruppen von Versicherten mit besonderen Behandlungsbedarfen, den dafür erforderlichen Leistungen sowie zur Festlegung der Höhe der Zuschlagsfaktoren wird der G-BA in § 92 SGB V zur Erstellung einer Richtlinie beauftragt.

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation sind entsprechende Regelungen zu treffen.

## **4. Ausgestaltung der Leistung**

### 4.1 Leistungserbringung

#### **Status quo**

Es gibt spezialisierte Behandlungsangebote in psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. In einigen Regionen werden Medizinische Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit Behinderung vorgehalten. Es bestehen auf Zielgruppen spezialisierte Angebote der medizinischen Rehabilitation. Wenige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bieten auf Zielgruppen spezialisierte Behandlung an.

#### **Perspektive**

Die Einführung des pauschalieren, personenbezogenen Zuschlagsfaktors soll für die entsprechenden Zielgruppen den Zugang erleichtern und die Behandlungsqualität deutlich erhöhen.

Der pauschalierte, personenbezogene Zuschlagsfaktor

- ist unabhängig vom Einsatzort; er greift sowohl in spezialisierten als in nicht spezialisierten Einrichtungen
- gilt bei Krankenhausbehandlung, vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Behandlung, verordneten Behandlungsmaßnahmen und medizinischer Rehabilitation
- kann langfristig gelten (z. B. bei zusätzlicher Behinderung) oder situativ (z. B. bei selbst-/fremdgefährdendem Verhalten oder bei einer gebotenen Einbeziehung von Kindern)
- kann gestuft werden (erhebliche bzw. außerordentliche zusätzliche Beeinträchtigung)
- kann eingesetzt werden als Ausgleich für einen zeitlichen Mehraufwand, eine Zuziehung externer Expertise oder durch therapiesichernde Maßnahmen. Letztere können personeller oder sachlicher Natur sein.

Spezialisierte Zentren werden als Kompetenzzentren, bevorzugte Orte der Forschung sowie zur Entwicklung von Spezialwissen und zur Ausbildung auch zukünftig benötigt. Durch die Finanzierungsform „personenbezogener Zuschlagsfaktor“ wird jedoch auch eine integrierte Behandlung von Menschen mit speziellem Behandlungsbedarf in Einrichtungen der Regelversorgung ermöglicht.

#### 4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen

Im Bereich der somatischen Krankenhausbehandlung sind auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) Zusatzentgelte zu den DRG z. B. für psychische Komorbidität vorgesehen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) nach § 87 SGB V, welcher die Grundlage für die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen bildet, kennt Zuschläge. Im Bereich psychiatrisch/psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung können besondere Behandlungsangebote in den Krankenhaus-individuellen Budgets (Bundespfllegesatzverordnung) berücksichtigt werden.

Einige spezialisierte Behandlungsangebote sind gesetzlich (z.B. § 119c Medizinische Behandlungszentren) oder in Leistungsvereinbarungen (z. B. PPP-RL, PIA) geregelt.



## **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Die Anzahl der profitierenden Personen ergibt sich aus der Zielgruppendefinition, die in den Richtlinien des G-BA vorgenommen wird. Die in Frage kommenden Menschen mit erheblichen zusätzlichen Behandlungsbedarfen erhalten in den meisten Fällen schon aktuell Behandlungsleistungen. Diese werden zum Teil spezialisiert und dadurch überregional angeboten, zum Teil im Regelsystem nicht mit ausreichender zielgruppenspezifischer Fachkompetenz.

## **6. Finanzielle Folgen**

Mehraufwendungen sind zu erwarten; diese lassen sich aktuell nicht beziffern (siehe Punkt 5).

### **3.10 Behandlungs- und Leistungsberatung, Hilfe zur Erlangung von bedarfsgerechten Hilfen**

Zugeordnet zum Dialogforum IV – Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation

**Entwurf Stand: 11.08.2021**

#### **1. Ziele**

Der Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen für psychisch kranke Versicherte wird durch eine individuelle Beratung beschleunigt, erleichtert und optimiert. Die Beratung beinhaltet auch eine Unterstützung beim Zugang zu Leistungen.

#### **2. Gründe**

Psychische Erkrankung kann sich mindernd auswirken auf die Fähigkeit eigeninitiativ auf der Basis selbst eingeholter Informationen über Behandlungsoptionen zu entscheiden und eine bedarfsgerechte Behandlung zu erreichen. Dabei ist von Bedeutung, dass sich psychische Erkrankungen oft vielfältig auswirken und daher mehrere Behandlungsverfahren erforderlich sind.

In manchen Fällen sind abgestimmte, gleichzeitig erbrachte Behandlungsleistungen erforderlich (ambulante Komplexleistungen), in anderen Fällen auch Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern oder sonstige Leistungen.

Manche Versicherten benötigen eine Unterstützung

- zur individuellen Information über diese Leistungen,
- zu ihrer Orientierung über die Eignung der Leistungen und
- zur Förderung eines zügigen Zugangs zu erforderlichen Hilfen.

Dies gilt insbesondere für Versicherte mit komplexen Hilfebedarfen und Versicherte mit krankheitsbedingt eingeschränkter Fähigkeit zur eigeninitiativen Organisation erforderlicher Hilfen. Eine solche Unterstützung soll ein Anspruch auf Behandlungs- und Leistungsberatung im SGB V sicherstellen.

### **3. Maßnahmen**

Für psychisch erkrankte Versicherte wird im SGB V ein Anspruch auf eine individuelle Beratung über Behandlungs- und sonstige Leistungsmöglichkeiten geschaffen.

Die Beratung beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung der Empfehlungen ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Behandlung, Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben.

Die entsprechenden Formulierungen könnten als Anspruch aller Versicherten im § 11 SGB V zum Beispiel als Absatz 7 oder als Anspruch von psychisch erkrankten Versicherten im Bereich der §§ 27 bis 43 SGB V aufgenommen werden.

### **4. Ausgestaltung der Leistung**

#### **4.1 Leistungserbringung**

Die Behandlungs- und Leistungsberatung beinhaltet individuelle Beratung und Hilfestellung durch therapeutisch qualifizierte Beraterinnen und Berater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen zur Behandlung und medizinischen Rehabilitation, bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen (insbesondere Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Hilfe zu Arbeit und Beschäftigung, Sozialhilfe und Pflege nach SGB XI, Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Behandlungs-, Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Es handelt sich um ein zusätzliches, unabhängiges Angebot, das Beratungsleistungen der Krankenkassen und Beratung im Rahmen der Behandlung ergänzt.

Aufgabe der Behandlungsberatung ist es insbesondere,

1. den Behandlungsbedarf systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. auf die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
3. erforderlichenfalls die Durchführung der Maßnahmen auszuwerten und einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
4. erforderlichenfalls eine ambulante Soziotherapie anzuregen und zu veranlassen.

Für eine Abstimmung mit dem Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V und mit Beratung im Rahmen vertragsärztlicher/psychotherapeutischer Sprechstunden und Vermeidung von Doppelberatungen ist Sorge zu tragen.

Die Behandlungs- und Leistungsberatung soll patientenorientiert und Leistungsträgerunabhängig erfolgen. Die Beratung soll auch zugehend und im häuslichen Umfeld möglich sein. Denkbar sind Vernetzungen der Behandlungs- und Leistungsberatung mit der Pflegeberatung, der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) oder kommunalen bzw. sozialräumlichen Beratungsangeboten usw.

#### 4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen

Gemäß § 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Aufklärung, Beratung und Leistungen durch die Krankenkassen:

*„Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“*

Im SGB V sind auch bereits GKV-finanzierte Beratungsangebote durch Dritte vorgesehen:

- In § 65 b SGB V ist die Verbraucher- und Patientenberatung geregelt, in § 11 Abs. 4 SGB V die Beratung im Rahmen des Versorgungsmanagements (insbesondere an den Schnittstellen) und in § 39 Abs. 1a SGB V die Beratung im Rahmen des Entlassmanagements.
- Für bestimmte gesundheitliche Problemlagen sind besondere Beratungsangebote vorgesehen, z. B. Krebsberatung, Hospiz- und Palliativberatung, Schwangerschaftsberatung, § 44 Abs. 4 Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Heilmittelberatung. Im SGB XI ist ein Anspruch auf eine integrierte Pflegeberatung verankert, die auch medizinische Behandlung und Rehabilitation einschließt.
- Das SGB IX beinhaltet detaillierte Vorgaben zur leistungsträgerübergreifenden Abstimmung und zur integrierten Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung.
- Für den vertragsärztlichen Bereich (EBM), für den vertragspsychotherapeutischen Bereich (Psychotherapierichtlinie) und weitere

Behandlungsbereiche sind untergesetzlich neben Behandlungs- auch Beratungsleistungen vorgesehen.

### **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Die Behandlungs- und Leistungsberatung ist ein freiwilliges Angebot. Die Inanspruchnahme kann nur geschätzt werden. Es wird erwartet, dass im Jahr unter 1 % der psychisch erkrankten Versicherten die Beratung in Anspruch nehmen (ca. 150.000 Personen) – in erster Linie Versicherte mit komplexen oder unklaren Behandlungsbedarfen.

### **6. Finanzielle Folgen**

Die Beratung führt zu einer Effizienzsteigerung. Diese kompensiert die Kosten für die Beratung.

### 3.11 Kooperationsgebot

#### Zugeordnet zum Dialogforum IV – Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation

Entwurf Stand: 06.10.2021

#### 1. Ziele

Die Verzahnung synchroner und diachroner Leistungen für psychisch erkrankte Versicherte wird gestärkt. Dadurch werden Behandlungsleistungen effektiver. Die Ansprüche des gegliederten Sozialsystems werden einzelfallbezogen gebündelt.

#### 2. Gründe

Psychische Erkrankungen wirken sich oft auf mehrere Lebensbereiche aus und führen in diesen Fällen zu multimodalen Behandlungsbedarfen und darüber hinaus zu Hilfebedarfen zur Teilhabe, zu Pflegebedarfen, zu sonstigen Sozialleistungen und weiteren Leistungsbedarfen. Krankheitsbedingt sind manche psychisch erkrankten Menschen nicht in der Lage die Leistungen eigenständig zu koordinieren. Die Koordination der Leistungen ist durch ein Kooperationsgebot zu stärken. Bestehende Regelungen sind auf die Kooperation spezieller Leistungen bzw. Leistungsbereiche bezogen (z. B. KSVPsych-RL).

#### 3. Maßnahmen

- a) § 2 Abs 1 an S. 1 SGB V wird angefügt:

*„... Die Leistungen werden untereinander und bei Bedarf mit Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern koordiniert.“*

- b) § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

*„Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität, bei Bedarf **koordiniert** (ergänzt) sowie wirtschaftlich erbracht werden.“*

- c) Einfügung eines §135 d „Gemeindepsychiatrische Verbände“  
*„Die Krankenkassen fördern die Bildung von regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbänden zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität regionaler psychiatrischer/psychotherapeutischer Versorgung, die den Zugang zu erforderlichen Leistungen und die einzelfallbezogene Koordination der Leistungen sicherstellen und auch Erbringer von Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern und sonstigen Leistungen einbeziehen.“*

#### **4. Ausgestaltung der Leistung**

##### 4.1 Leistungserbringung

Kooperation findet auf vielen Ebenen statt. Die entsprechenden Leistungen werden oft als zusätzlich und nicht ausreichend vergütet eingeschätzt.

##### 4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen

In §11 Abs. 4 wird ein Anspruch auf ein Versorgungsmanagement begründet, das sich vor allem auf die Übergänge in verschiedenen Versorgungsbereichen bezieht.

Vorgaben zur Kooperation gibt es aktuell im SGB V punktuell in diversen Bereichen z. B.:

- Sicherstellung der Notdienste (§ 75 SGB V)
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116 b SGB V)
- Kooperationsvereinbarung Stationäre Pflegeeinrichtung/Ärztinnen und Ärzte (§ 119 c SGB V)
- Disease Management Programme (DMP) (§ 137 f SGB V)

In diversen Richtlinien des G-BA sind untergesetzliche Vorgaben zur Kooperation enthalten.

Ein grundsätzliches Kooperationsgebot für Erbringer von Leistungen nach SGB V fehlt im SGB V sowohl im Hinblick auf die Koordination der Leistung nach SGB V als auch hinsichtlich der Koordination der Leistung nach SGB V mit Leistungen nach anderen Sozialgesetzbüchern oder sonstigen Leistungen.

## **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Die Koordination von synchronen und diachronen Leistungen hat bei psychischen Erkrankungen eine besonders hohe Bedeutung, ist aber auch bei anderen Erkrankungen relevant.

Die Reichweite der empfohlenen Maßnahme hängt davon ab, ob die Koordination nur zielgruppenspezifisch für psychisch erkrankte Versicherte oder darüber hinaus geregelt wird.

## **6. Finanzielle Folgen**

Der Aufwand muss vergütet werden.



### **3.12 Einbeziehung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen**

#### Zugeordnet zum Dialogforum IV – Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation

**Entwurf Stand: 06.10.2021**

#### **1. Ziele**

Die Einbeziehung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen in die Behandlung von psychisch erkrankten Versicherten wird in allen Behandlungsbereichen erleichtert und verstärkt. Dadurch werden Behandlungserfolge besser und nachhaltiger erreicht und Angehörige und sonstige Bezugspersonen werden gestärkt und vor Überforderung geschützt.

#### **2. Gründe**

Psychische Erkrankungen können sich auf die Beziehungsgestaltung und das Kontaktverhalten der Erkrankten sowie deren Fähigkeit zur Selbstversorgung und Alltagsgestaltung auswirken und stellen dadurch insbesondere auch für Angehörige und sonstige nahe Bezugspersonen oftmals eine außerordentliche Belastung dar. Letzteres gilt in allen Altersgruppen; besonders hervorzuheben sind minderjährige Kinder psychisch kranker Eltern.

Angehörige und sonstige Bezugspersonen können die Behandlung psychisch erkrankter Versicherter unterstützend begleiten. Sie können die Behandlung durch erfahrungsgestützte Hinweise und Informationen unterstützen, benötigen aber auch selbst Informationen von den Behandelnden und gegebenenfalls eigene Unterstützung.

Daher soll im SGB V die Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen eröffnet werden. Dadurch können Partnerinnen und Partner, Angehörige und nahe Bezugspersonen über den Krankheitsverlauf und durchgeführte und geplante Behandlungsmaßnahmen informiert und an der Behandlungsplanung beteiligt werden. Auch ohne eigene Behandlungsdiagnose können Bezugspersonen in familientherapeutische und sonstige Behandlungsangebote einbezogen werden.

Dies dient der Optimierung der Behandlung, der Erhöhung der Behandlungsmotivation der Patientinnen und Patienten und der Entlastung der Bezugspersonen und der Stärkung der Unterstützungsleistungen und bedient Informationsbedarfe der

Bezugspersonen. Die Leistungen sind der Behandlung des psychisch kranken Versicherten zuzurechnen.

Die Einbeziehung der Bezugspersonen setzt ein Einverständnis der psychisch erkrankten Versicherten voraus.

### **3. Maßnahmen**

a) Ergänzung von § 1 SGB V

Im Anschluss an den Satz „Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.“ wird folgender Satz angefügt:

*„Dies schließt Informations-, Beratungs- und Entlastungsangebote für nahe Bezugspersonen, insbesondere Partnerinnen und Partner, Kinder, Eltern und sonstige Angehörige ein.“*

b) Ergänzung von § 2 Abs. 1 SGB V

*„Dies umfasst bei Einverständnis des erkrankten Versicherten auch Leistungen für Angehörige und nahe Bezugspersonen, insbesondere bei psychischen Erkrankungen.“*

c) Ergänzung von § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V

*„... dabei sind auch Möglichkeiten zur Einbeziehung von Angehörigen und nahen Bezugspersonen zu regeln, insbesondere bei psychischen Erkrankungen.“*

### **4. Ausgestaltung der Leistung**

#### 4.1 Leistungserbringung

##### **Status quo**

Angehörige und nahe Bezugspersonen werden in begrenztem Umfang in diversen Bereichen der Behandlung psychisch erkrankter Menschen einbezogen, insbesondere bei der Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.

## **Perspektive**

In allen Bereichen der Behandlung psychisch erkrankter Versicherter sollen bei Bedarf und Einverständnis der Versicherten Angehörige und nahe Bezugspersonen einbezogen werden. Informationen zur Erkrankung, zum Krankheitsverlauf und zu den Behandlungsmöglichkeiten sowie individuelle Beratungs- und Entlastungsangebote für Angehörige und nahe Bezugspersonen sollen von den Behandelnden angeboten und durchgeführt und als Regelleistungen vergütet werden. Dies gilt für ambulante, teilstationäre, stationsäquivalente und stationäre Behandlung und medizinische Rehabilitation psychisch erkrankter Versicherter. Eine Übertragung an spezialisierte Leistungserbringer wird ermöglicht.

Im Rahmen der Behandlung soll regelmäßig abgeklärt werden, ob der psychisch erkrankte Versicherte das Sorgerecht für Kinder hat und deren Einbeziehung in die Behandlung ratsam ist.

### **4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen**

Eine explizite gesetzliche Grundlage für die Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen besteht nicht. (Ausnahme: Pflegende Angehörige im Bereich medizinischer Rehabilitation, § 40 SGB V)

Unter anderem in folgenden Regelungen wird die Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen bzw. Bezugspersonen in bestimmtem Umfang eröffnet (siehe Anhang):

- Psychotherapierichtlinie
- Soziotherapierichtlinie
- Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege

Angehörigeneinbeziehung, Einbeziehung von Bezugspersonen und Psychoedukation werden in verschiedenen Leitlinien zur Behandlung psychischer Erkrankungen empfohlen. Die Evidenz ist belegt.

Der EBM enthält Vergütungen für auf Angehörige bezogene Leistungen.

## **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Ein zusätzlicher Bedarf an Leistungen mit und für Angehörige und nahe Bezugspersonen besteht insbesondere bei psychisch erkrankten Versicherten mit

komplexem Behandlungsbedarf oder länger andauernder Erkrankung sowie im Rahmen der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen mit minderjährigen Kindern.

## **6. Finanzielle Folgen**

Es sind Mehrkosten zu erwarten. Diese werden zu erheblichen Teilen durch Effizienzsteigerung bei der Behandlung kompensiert.

---

## **Anhang**

Die Psychotherapierichtlinie des G-BA stellt fest:

*„Im Rahmen der Psychotherapie kann es notwendig werden, zur Erreichung eines ausreichenden Behandlungserfolges relevante Bezugspersonen aus dem engeren Umfeld (insbesondere Partnerin oder Partner, Familie) der Patientin oder des Patienten in die Behandlung einzubeziehen.“*

Im weiteren Text werden besonders Kinder und Jugendliche und Menschen mit einer geistigen Behinderung erwähnt (§ 9 Einbeziehung des sozialen Umfelds).

### **3.13 Zielgruppenspezifische Prävention bei besonderen Risiken**

Zugeordnet zum Dialogforum IV – Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation

**Entwurf Stand: 06.10.2021**

#### **1. Ziel**

Es werden verstärkt Präventionsleistungen für psychisch besonders belastete Menschen geleistet. In diesem Zusammenhang werden auch Präventionsleistungen für Kinder psychisch erkrankter Eltern gefördert.

#### **2. Gründe**

Psychische Belastung äußert sich subjektiv und in objektivierbaren Erscheinungen vielfach lange vor dem Eintritt einer psychischen Erkrankung. In solchen Phasen können Präventionsleistungen besonders wirksam sein.

Die gesetzlichen Regelungen zur primären Prävention sollen dahingehend ergänzt werden, dass Leistungen zur verhaltensbezogenen Primärprävention auch auf Versicherte mit erhöhtem Erkrankungsrisiko und komplexem Interventionsbedarf ausgerichtet werden können. Dies ist zum Beispiel wichtig für Präventionsleistungen bei minderjährigen Kindern psychisch erkrankter Eltern, aber auch bei psychisch und körperlich besonders belasteten Personen oder Menschen nach einer überwundenen psychischen Erkrankung oder einem Suizidversuch (indizierte Prävention bei Menschen mit minimalen Symptomen oder Frühwarnzeichen sowie selektive Prävention bei Personen oder Gruppen mit erhöhtem generellem Krankheitsrisiko).

#### **3. Maßnahmen**

In § 20 Abs. 4 wird in Punkt 1 angefügt:

*„..., einschließlich von Leistungen der indizierten Prävention und selektiven Prävention,  
...“*

## **4. Ausgestaltung der Leistung**

### 4.1 Leistungserbringung

#### **Status quo**

Präventionsleistungen für besonders vulnerable Zielgruppen werden in geringem Umfang im Rahmen zertifizierter Präventionsgruppen angeboten. Der überwiegende Teil der Präventionsangebote ist nicht zielgruppenspezifisch.

#### **Perspektive**

Der Anteil zielgruppenspezifischer Präventionsleistungen wird erhöht. Dabei werden insbesondere Präventionsleistungen für psychisch besonders belastete bzw. von psychischen Störungen bedrohte Menschen ausgeweitet.

### 4.2 Rechtlicher Bezugsrahmen

#### **Status quo**

In § 20 Abs. 6 SGB V werden die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung festgelegt. Dieser Rahmen braucht nicht ausgeweitet zu werden. Die finanziellen Mittel sollten jedoch stärker auf Versicherte mit erhöhter psychischer Vulnerabilität und komplexerem Interventionsbedarf ausgerichtet werden.

In § 20 Abs. 3 SGB V wird unter den Gesundheitszielen „depressive Erkrankungen verhindern“ und „Alkoholkonsum reduzieren“ benannt.

Vielfach treten psychische und somatische Störungen zugleich auf. Derzeit schließt der Präventionsleitfaden des GKV-SV in solchen Fällen Präventionsleistungen aus, zum Beispiel bei Maßnahmen zur „Vermeidung und Reduktion von Übergewicht“ folgender Zielgruppen: Präventionsleistungen bei sekundären und syndromalen Adipositasformen, bei psychiatrischer Grunderkrankung/Essstörung und bei Kindern und Jugendlichen mit mangelnder Bereitschaft der Eltern, eine kontinuierliche Teilnahme zu unterstützen.

## **5. Reichweite (Anzahl der profitierenden Betroffenen)**

Mindestens 10 % der Präventionsleistungen sollten der Prävention psychischer Erkrankungen dienen.

Präventionsmittel sollten ausgewogen verteilt werden. Das Präventionsbudget ist nicht immer ausgeschöpft.

## **6. Finanzielle Folgen**

Keine Zusatzkosten, da es sich um den Einsatz gesetzlich bestimmter Mittel handelt.

## 4. Übersicht: schriftliche Stellungnahmen

Stellungnahmen der Verbände zu allen Dialogen + Rückmeldungen zu den Entwürfen der Handlungsempfehlungen									
Nr.	Verband	I. Dialog		II. Dialog		III. Dialog		IV. Dialog	
		SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE
1.	<b>ackpa</b> (Arbeitskreis der Cheförzinnen und Cheförzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland)	1				1		1	
2.	<b>AGJ</b> (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe)						1		
3.	<b>APK</b> (Aktion Psychisch Kranke e.V.)	1		1					
4.	<b>arwed e.V.</b> (Arbeitsgemeinschaft der Rheinisch-Westfälischen Elternkreise dorgengefährdeter und abhängiger Menschen e.V. in NRW)	1				1			
5.	<b>AWO</b> (Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.)							1	
6.	<b>BAG BBW</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V.)	1							
7.	<b>BAG GPV</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.)	1		1		1		1	
8.	<b>BAG KJPP</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)	1							
9.	<b>BAG Psychiatrie</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser)	1							
10.	<b>BAG RPK</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V.)	1				1			
11.	<b>BAG Selbsthilfe</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.)	1	1		1				
12.	<b>BAG W</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.)					1			
13.	<b>BApK</b> (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.)	1	1			1		1	

Abbildung 11: Übersicht über die eingegangenen Stellungnahmen und Rückmeldungen zu den Entwürfen der Handlungsempfehlungen 1-13

Stellungnahmen der Verbände zu allen Dialogen + Rückmeldungen zu den Entwürfen der Handlungsempfehlungen									
Nr.	Verband	I. Dialog		II. Dialog		III. Dialog		IV. Dialog	
		SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE
14.	<b>BAPP</b> (Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege)		1					1	
15.	<b>Bayerisches Staatsministerium für für Gesundheit und Pflege</b>							1	
16.	<b>BdB</b> (Bundesverband der Berufsbetreuer*innen)			1		1			
17.	<b>BDK</b> (Bundesdirektorenkonferenz Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.)	1	1	1				1	
18.	<b>BDP</b> (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.)	1							
19.	<b>BKJPP</b> (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.)	1							
20.	<b>BPE</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.)			1					
21.	<b>BPM</b> (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e.V.)	1				1			
22.	<b>BPTK</b> (Bundespsychotherapeutenkammer)	1	1		1	1		1	
23.	<b>BVDN</b> (Bundesverband Deutscher Nervenärzte e.V.)	1	1					1	
24.	<b>BVDP</b> (Berufsverband Deutscher Psychiater e.V.)	1	1					1	
25.	<b>BVKJ</b> (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.)	1							
26.	<b>BVÖGD</b> (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes)	1		1		1		1	
27.	<b>BVVP</b> (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.)	1							
28.	<b>CBP</b> (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.)	1						1	
29.	<b>DAlzG</b> (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.)					1			

Abbildung 12: Übersicht über die eingegangenen Stellungnahmen und Rückmeldungen zu den Entwürfen der Handlungsempfehlungen 14-29



**Stellungnahmen der Verbände zu allen Dialogen + Rückmeldungen zu den Entwürfen der Handlungsempfehlungen**

Nr.	Verband	I.Dialog		II. Dialog		III. Dialog		IV. Dialog	
		SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE
30.	<b>Der Paritätische</b> (Paritätischer Gesamtverband)	1		1					
31.	<b>DFPP</b> (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrischer Pflege e.V.)	1	1	1	1	1		1	1
32.	<b>DGB</b> (Deutscher Gehörlose-Bund e.V.)					1			
33.	<b>DGBS</b> (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V.)	1							
34.	<b>DGGPP</b> (Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.)	1		1		1		1	
35.	<b>DGKJP</b> (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.)	1		1		1			
36.	<b>DGP</b> (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.)							1	1
37.	<b>DGPM</b> (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.)	1				1	1		
38.	<b>DGPPN</b> (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.)	1	1	1	1	1		1	
39.	<b>DGPT</b> (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.)					1			
40.	<b>DGS</b> (Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention)					1		1	
41.	<b>DGSF</b> (Deutsche Gesellschaft für Systemisch Therapie, Beratung und Familientherapie e.V.)							1	
42.	<b>DGSP</b> (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.)	1		1	1	1		1	
43.	<b>DGSPJ</b> (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.)	1		1		1			
44.	<b>DGVt</b> (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.)	1		1		1		1	
45.	<b>DHS</b> (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.)	1						1	
46.	<b>Diakonie Deutschland</b> (Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.)	1		1		1		1	

Abbildung 13: Übersicht über die eingegangenen Stellungnahmen und Rückmeldungen zu den Entwürfen der Handlungsempfehlungen 30-46

**Stellungnahmen der Verbände zu allen Dialogen + Rückmeldungen zu den Entwürfen der Handlungsempfehlungen**

Nr.	Verband	I.Dialog		II. Dialog		III. Dialog		IV. Dialog	
		SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE
47.	<b>Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung CBP</b> (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.), <b>Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.</b> , <b>Anthropoi</b> (Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen e.V.), <b>BeB</b> (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.), <b>bvkm</b> (Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.)					1			
48.	<b>DVE</b> (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.)	1				1		1	
49.	<b>DVFR</b> (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V.)	1				1		1	
50.	<b>DVGP</b> (Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.)	1	1	1		1	1	1	
51.	<b>DVSG</b> (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.)					1		1	
52.	<b>ExPa</b> (Exert*innen Partnerschaft im Trialog e.V.)							1	
53.	<b>FVS</b> (Fachverband Sucht e.V.)	1				1		1	
54.	<b>GKV Spitzenverband</b> (Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen Spitzenverband)		1		1				1
55.	<b>GNP</b> (Gesellschaft für Neuropsychologie e.V.)	1				1		1	
56.	<b>KBV</b> (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	1	1		1				1
57.	<b>LIPPs</b> (Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.)	1							
58.	<b>LV Autismus</b> (Landesverband Autismus Mecklenburg-Vorpommern e.V.)							1	
59.	<b>Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg</b>							1	
60.	<b>Münchner Bündnis gegen Depression e.V.</b>					1			

Handlungsempfehlungen 47-60

## Stellungnahmen der Verbände zu allen Dialogen + Rückmeldungen zu den Entwürfen der Handlungsempfehlungen

Nr.	Verband	I. Dialog		II. Dialog		III. Dialog		IV. Dialog	
		SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE	SN	Rückm. EHE
61.	<b>NaSPro</b> (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland)					1		1	
62.	<b>NetzG</b> (Bundesnetzwerk Selbsthilfe Seelische Gesundheit e.V.)	1		1				1	
63.	<b>GeschwisterNetzwerk.de</b> (Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen e.V.)	1				1			
64.	<b>Senatsverwaltung Berlin</b> (Landesbeauftragte für Psychiatrie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin)							1	
65.	<b>SG</b> (Systemische Gesellschaft e.V.)	1							
	<b>Einzelpersonen</b>								
1.	Prof. Dr. Anke Bramesfeld (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung)				1				
2.	Sabine Häfner (G-BA)		1						
3.	Prof. Dr. Heinrich Kunze		1						
4.	Prof. Dr. Tilman Steinert (ZfP)				1				
5.	Prof. Dr. Ingmar Steinhart		1						
6.	Prof. Dr. Peter Brieger, Prof. Dr. Andreas Bechdorf (Expertenvotum)					1			

Abbildung 15: Übersicht über die eingegangenen Stellungnahmen und Rückmeldungen zu den Entwürfen der Handlungsempfehlungen 61-65 und Einzelpersonen

## 5. Weitere Themen ohne Handlungsempfehlung

- Fachkräftemangel
- Gefährdete Patientinnen und Patienten (Sicherstellung der Versorgung)
- Approbationsordnung
- Digitalisierung
- Dokumentation (z.B. Aufwand, Datenschutz bei Verbundstruktur)
- Lehren aus der Covid-19-Pandemie für die Weiterentwicklung der Versorgung
- Zugang zu Psychotherapie (Verkürzung der Wartezeiten)
- Behandlungsqualität
- Überführung von Modellprojekten in die Regelversorgung
- Bedarfsplanung verbessern
- Trialogisch besetzte, unabhängige Beschwerdestellen
- Transition
- Förderung von Forschungsprojekten für fehl- und unterversorgte Gruppen
- Profitgenerierung durch Behandlung und Rehabilitation (Hedgefonds)