

Anlage zur Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum dritten Dialogforum „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen für die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“: **Formulierungsvorschläge zu A II, III und IV**

II. Rechtsanspruch auf Beratung

Neu: § 25b SGB V-E

(1) Versicherte haben Anspruch auf Beratung zu psychischen Erkrankungen auch ohne dass eine solche Erkrankung bei ihnen diagnostiziert wurde (potentielle Betroffenheit). Einen entsprechenden Anspruch haben der Ehegatte, Lebenspartner, die Kinder bzw. die Eltern oder Geschwister des Versicherten. Die Leistung umfasst neben der Beratung auch präventive Maßnahmen zur Verhinderung der Entstehung und Fortentwicklung einer psychischen Erkrankung und Behandlung, soweit sie einer ärztlichen Verordnung nicht bedürfen.

(2) Neben geeigneten Leistungserbringern nach dem vierten Kapitel oder deren Gemeinschaften kann die Versorgung nach Absatz 1 auch durch sozialpsychiatrische Dienste und Zentren, psychosoziale Beratungsstellen und Suchtberatungsstellen und Dienste gleicher Art erbracht werden. Die Unabhängigkeit der Beratung ist sicherzustellen.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der Versorgung nach Absatz 1, insbesondere

1. die Spezifizierung der eine Beratung nach Absatz 1 auslösenden Veranlassung,
2. die Ziele, den Inhalt und den Umfang der Beratung.

Neu: § 65f SGB V-E

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert ab dem **[Datum einfügen]** ambulante Beratungsstellen für potentiell psychisch Erkrankte und deren Angehörige mit einem Gesamtbetrag von jährlich bis zu **[Ziffer einfügen]** Millionen Euro. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an der Förderung nach Satz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren bis zum **[Datum einfügen]** das Nähere zur gemeinsamen Förderung nach den Sätzen 1 und 2, insbesondere über Zahlung, Rückzahlung und Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Ab dem Jahr **[Datum einfügen]** erhöht sich der Betrag nach Satz 1 jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches.

(2) Gefördert werden ambulante Beratungsstellen, soweit sie psychisch potentiell erkrankten Personen und ihren Angehörigen Beratung und Unterstützung anbieten. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt bis zum **[Datum einfügen]** Grundsätze zu den Voraussetzungen und zum Verfahren der Förderung. Er setzt sich hierzu mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung ins Benehmen. In den Grundsätzen sind insbesondere zu regeln:

1. Anforderungen an ein bedarfsgerechtes und wirtschaftliches Leistungsangebot der ambulanten Beratungsstellen,
2. sächliche und personelle Anforderungen an die Beratungsstellen,
3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung einschließlich Dokumentation, Qualitätsmanagement sowie Fortbildung und
4. das Nähere zu Verteilung und Auszahlung der Fördermittel sowie der Umgang mit nicht abgerufenen und zurückgezahlten Fördermitteln.

(3) Die Förderung erfolgt auf Antrag und wird jeweils für eine Dauer von drei Jahren vergeben.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt zur Finanzierung der Fördermittel nach Absatz 1 Satz 1 von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer Versicherten an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [Datum einfügen] über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Förderung.

III. Rechtsanspruch auf Versorgungsmanagement (durch einen Patientenlotsen)

Neu: § 37b SGB V-E (§ 37b SGB V wird zu § 37c SGB V)

(1) Psychisch erkrankte Versicherte haben Anspruch auf ein gesundheitliches Versorgungsmanagement durch einen Patientenlotsen ihrer Wahl, soweit nicht bereits ein speziellerer Anspruch besteht. Aufgabe des Versorgungsmanagements ist es insbesondere,

1. den individuellen Hilfebedarf systematisch zu erfassen und zu analysieren;
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen medizinisch-pflegerischen Leistungen zu erstellen; dies soweit angezeigt auch in Abstimmung mit einer durchgeführten oder durchzuführenden Teilhabeplanung nach SGB IX und in Ansehung eventueller Leistungen nach den Büchern VIII, XI, XII und XIV Sozialgesetzbuch;
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken
4. und die Durchführung des Versorgungsplans zu begleiten und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen.

Bei der Erstellung des Versorgungsplans ist der den Versicherten behandelnde Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie die in die Versorgung eingebundenen sozialpsychiatrischen Dienste und Zentren, psychosozialen Beratungsstellen, Suchtberatungsstellen und Dienste gleicher Art einzubeziehen. Die Unabhängigkeit der Beratung ist sicherzustellen.

(2) Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger

Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.

(3) Vertragsärzte, psychologische Psychotherapeuten, die psychosozialen Dienste sowie psychiatrische Fachabteilungen, Krankenhäuser und Praxiskliniken informieren die Versicherten über ihren Anspruch nach Absatz 1. Die Krankenkassen unterstützen dies durch die Bereitstellung von geeigneten Informationsmaterialien analoger wie auch digitaler Art.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in Empfehlungen das Nähere über die Inhalte und über die Anforderungen an die Leistungserbringer des Versorgungsmanagements nach Absatz 1 fest. Er vereinbart mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere über die Bedarfsermittlung und die Zusammenarbeit der ärztlichen Leistungserbringer mit den Patientenlotsen. Sozialpsychiatrische Dienste oder Zentren sowie die psychosozialen Beratungsstellen bzw. Suchtberatungsstellen sind als mögliche Erbringer der Leistungen des Patientenlotsen zu berücksichtigen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum [Datum einfügen] und danach alle drei Jahre über die Entwicklung des Versorgungsmanagements durch einen Patientenlotsen. Dabei soll auch auf Erkenntnisse zu bestehenden Versorgungslücken und zusätzlichen Versorgungsbedarfen hingewiesen werden.

IV. Rechtsanspruch auf „Begleitmanagement“

Anpassung: § 39 SGB V-E (vorschlagende Änderungen sind gekennzeichnet)

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Begleit- und Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. Im Falle psychischer Erkrankungen beginnt das Begleit- und Entlassmanagement bereits mit der Aufnahme in das Krankenhaus. Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Begleit- und Entlassmanagements wahrnehmen. § 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt. Im Falle der Begleitung psychisch Erkrankter ist als Leistungserbringer des Begleit- und Entlassmanagements nach Möglichkeit ein sozialpsychiatrischer Dienst oder sozialpsychiatrisches Zentrum, eine psychosoziale Beratungsstelle, eine Suchtberatungsstelle oder ein Dienst gleicher Art zusätzlich einzubeziehen. Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Begleit- und Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Begleit- und Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung nach Krankenhausbehandlung erforderlich sind, insbesondere die Leistungen nach den §§ 37b, 38, 39c sowie alle dafür erforderlichen Leistungen nach dem Elften Buch. Für psychisch Erkrankte ist bei entsprechender Indikation auch eine psychotherapeutische Akutbehandlung sicherzustellen. Bestehende und erforderliche Planungen von Leistungen nach dem Neunten Buch sind zu berücksichtigen. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Leistungen nach § 33a und die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 12 genannten Leistungen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen; hierfür gelten die Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung mit der Maßgabe, dass bis zur Verwendung der

Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 eine im Rahmenvertrag nach Satz 9 erster Halbsatz zu vereinbarende alternative Kennzeichnung zu verwenden ist. Bei der Verordnung von Arzneimitteln können Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung verordnen; im Übrigen können die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 genannten Leistungen für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen, im Falle psychischer Erkrankungen bis zu vierzehn Tagen verordnet und die Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7). Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7 und 12 die weitere Ausgestaltung des Ordnungsrechts nach Satz 7. Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 8, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Vor Abschluss des Rahmenvertrages ist der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Begleit- und Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. Die Information sowie die Einwilligung müssen schriftlich oder elektronisch erfolgen.