



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte

*„Vertrag zur Versorgung von
Patienten mit neurologischen
und psychischen
Erkrankungen“*

- Arbeitsentwurf -

Dezernat 4

Herbert-Lewin-Platz 2

10623 Berlin

Datum 17.11.2014

INHALTSVERZEICHNIS

1. ABSCHNITT: VERSORGUNGSZIELE, INHALT	3
§ 1 Einleitung	3
§ 2 Allgemeine Ziele	4
§ 3 Versorgungsziele	5
2. ABSCHNITT: VERSORGUNGSEBENEN	6
§ 4 Hausärztliche Versorgungsebene	6
§ 5 Fachärztliche Versorgungsebene.....	6
§ 6 Psychotherapeutische Versorgungsebene	7
3. ABSCHNITT: KOOPERATIONSREGELN	8
§ 7 Kooperationsregeln: Grundsätze	8
§ 8 Kooperationsanforderungen im Einzelnen	8
§ 9 Aufklärung	9
4. ABSCHNITT: TEILNAHME AM VERSORGUNGS-AUFTRAG	10
§ 10 Patientengruppen / Indikationen	10
§ 11 Genehmigung und Anzeige für teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten	10
§ 12 Voraussetzungen (Qualifikation, strukturelle Voraussetzungen).....	11
5. ABSCHNITT: STRUKTURVORAUSSETZUNGEN/QUALITÄTSSICHERUNG	12
§ 13 Qualitätssicherung.....	12
§ 14 Dokumentation	12
6. ABSCHNITT: INKRAFTTRETEN UND KÜNDIGUNG	14
§ 15.....	14
7. ABSCHNITT: ANLAGEN	15
Anlage 1: Versorgungsaufträge.....	16
Anlage 2: Teilnahmebedingungen Patienten (Aufnahmebedingungen)	20

1. Abschnitt: Versorgungsziele, Inhalt

§ 1 Einleitung

Die herausragende epidemiologische Bedeutung psychischer und neurologischer Erkrankungen erfordert sowohl eine konzertierte Aktion der an der Patientenversorgung beteiligten Organisationen als auch die Unterstützung durch die Träger der politischen Entscheidungsprozesse. Zukunftssicherheit und Nachhaltigkeit in der Versorgung neurologischer und psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen und Alterspatienten erfordern eine bessere Vernetzung und Verzahnung der bestehenden Angebote, einen schnelleren Zugang zu Leistungen der Akutversorgung und den Ausbau gruppenpsychiatrischer- und psychotherapeutischer Angebote.

Die folgenden Fachgruppen definieren in diesem Vertrag einen gemeinsamen Versorgungsauftrag.

Hausärzte im Sinne dieses Vertrages sind:

- HÄ für Allgemeinmedizin
- HÄ für Innere Medizin mit hausärztlichem Versorgungsauftrag
- HÄ für Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzte im Sinne dieses Vertrages sind:

- FÄ für Nervenheilkunde
- FÄ für Neurologie und Psychiatrie
- FÄ für Neurologie
- FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie
- FÄ für Psychiatrie
- FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Psychotherapeuten im Sinne dieses Vertrages sind:

- Psychologische Psychotherapeuten
- Ärztliche Psychotherapeuten
- FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

Die Kooperation sowie die Verbesserung des konsiliarischen Austauschs aller an der Behandlung beteiligten ambulanten Vertragsärzte, Psychotherapeuten und weiterer Therapeuten unterstützt die wohnortnahe Versorgung und trägt dadurch zur Vermeidung bzw. Reduktion stationärer Einweisungen bei. Sie führt im Zusammenhang mit einer verbesserten Akutversorgung sowie dem gestuften Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu einer Reduzierung der Wartezeiten auf Behandlungstermine und Therapieplätze und somit zur Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und beugt gleichermaßen Chronifizierung vor. Für den Patienten und seine betreuenden und pflegenden Angehörigen führt die Festlegung eines Behandlungsweges sowie die Benennung eines verantwortlichen Ansprechpartners zu einer umfassenden Aufklärung und zu mehr Transparenz.

Die Patientenorientierung wird gestärkt durch die Förderung der Eigenkompetenz und Compliance des Patienten und die verbesserte Eingliederung des Patienten in das soziale Umfeld. Durch den koordinierenden bzw. behandelnden Arzt und Psychotherapeuten fachlich unterstützte wohnortnahe Selbsthilfe- und Präventionsangebote sollen die Krankheitsbewältigung begünstigen.

§ 2 Allgemeine Ziele

- (1) Zur Sicherung einer zeitnahen, bedarfsgerechten und nachhaltigen ambulanten Versorgung von Patienten mit einer neurologischen oder psychischen Erkrankung vereinbaren die Vertragspartner einen gemeinsamen Versorgungsauftrag nach § 2 Abs. 7 des Bundesmantelvertrages.
- (2) Kern des Versorgungsauftrages ist die kooperative und vernetzte Versorgung der an der Behandlung beteiligten Patienten und Therapeuten. Ziel dieser kooperativen Versorgung ist, dass in einer dauerhaften Versorgung von Patienten mit einer neurologischen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung Diagnostik und Therapie entsprechend geltender Leitlinien erfolgen und dass dadurch eine optimale Versorgung ermöglicht wird.
- (3) In dem vorliegenden Versorgungskonzept soll eine verbesserte Akutversorgung mit schnellen Zugangswegen zur fachärztlichen sowie zur psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie gewährleistet werden. Neben der zeitnahen somatischen Intervention bei neurologischen Erkrankungen sollen verbesserte Interventionsmöglichkeiten in der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Sprechstunde den Behandlungserfordernissen besser gerecht werden und Wartezeiten verkürzen. Im Vordergrund steht der gezielte Aufbau solcher Behandlungsangebote, die für eine sinnvolle kontinuierliche Betreuung der betroffenen Patienten erforderlich sind. Entsprechende Leistungen werden daher im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nachvollzogen.
- (4) Der Versorgungsauftrag kann durch einheitliche und gemeinsame gesamtvertragliche Regelungen zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den zuständigen Ersatzkassen ergänzt werden.

§ 3 Versorgungsziele

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die qualifizierte und interdisziplinäre ärztliche und psychotherapeutische Versorgung von Patienten mit neurologischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen oder Verdacht auf eine solche entsprechend der in Anlage 2 festgelegten Indikationen und Kriterien.

- (2) Der Versorgungsauftrag umfasst eine der Erkrankung angemessene, fachübergreifende und umfassende Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und Möglichkeiten des Patienten angepasste, koordinierte Versorgungssteuerung. Hierzu gehören:
 - Zeitgerechte Einleitung der Kooperation durch den behandelnden Haus- oder Facharzt und Psychotherapeuten.
 - Auswahl und Durchführung der für den Patienten individuell geeigneten Diagnostik und Therapie.
 - Gewährleistung der geeigneten Behandlung in Akutfällen und bei Komplikationen.
 - Umfassende Information und Aufklärung des Patienten über Krankheit, Verlauf und Prognose.
 - Koordination des Versorgungsgeschehens.

- (3) Folgende Maßnahmen bzw. Therapieangebote gehen über die derzeitige Regelversorgung hinaus und dienen den oben beschriebenen Versorgungszielen:
 - Besserer Zugang zur Akutversorgung
 - Angebot von Kurzzeittherapien
 - Angebot von (Psycho- bzw. Neuro-) Edukationsgruppen
 - Förderung von Gruppentherapien
 - Förderung von Qualitätszirkeln/Fallkonferenzen
 - Förderung von Netzleistungen
 - Einbezug regionaler Selbsthilfe-Angebote
 - Koordination des multiprofessionellen Behandlungsangebots

Die einzelnen Elemente werden über fach- und sektorenübergreifende Behandlungspfade verbunden.

2. Abschnitt: Versorgungsebenen

Die Versorgung von Patienten im Rahmen dieses gestuften Versorgungsmodells erfolgt auf der hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsebene. Dem Patientenwunsch ist dabei Rechnung zu tragen. Näheres regelt Anlage 1.

§ 4

Hausärztliche Versorgungsebene

- (1) Der hausärztlichen Versorgung kommt eine wesentliche Funktion in der Identifizierung, Diagnostik und Therapie sowie der kontinuierlichen Betreuung und Begleitung von Patienten mit neurologischen und psychischen Erkrankungen, insbesondere auch im Hinblick auf mögliche Komorbiditäten, zu. Der Hausarzt überweist Patienten mit neurologischen oder psychischen Erkrankungen nach pflichtgemäßem Ermessen an einen Facharzt und/oder Psychotherapeuten gemäß der in der Anlage aufgeführten ICD-Diagnosen und Kriterien zur konsiliarischen (Gruppe II Anlage 2) bzw. koordinativ/therapeutischen (Gruppe Ia und Ib Anlage 2) Versorgung.
- (2) Die Koordinationsfunktion kann situativ zwischen Hausarzt, Facharzt oder Psychotherapeut aufgrund von regionalen Besonderheiten im Einvernehmen mit dem Patienten angepasst werden.

§ 5

Fachärztliche Versorgungsebene

Die fachärztliche Versorgungsebene unterteilt sich in zwei Aufgabenfelder.

Die berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Befugnisse des Versorgungsspektrums der einzelnen Facharztgruppen bleiben unberührt. Insbesondere dürfen Fachärzte nur solche Leistungen erbringen, die unter Berücksichtigung des EBM ihrem Fachgebiet oder Schwerpunkt zugeordnet sind.

1. Koordinativ-fachärztliche Versorgung

In der koordinativ-fachärztlichen Versorgung soll im Sinne der in § 73 Abs. 2 SGB V definierten Befugnisse der teilnehmende Facharzt (§ 12 Abs.1) mit Einverständnis des Patienten die Aufgabe der Koordination der zur Versorgung notwendigen internen und externen Maßnahmen hinsichtlich der konkreten krankheitsspezifischen Erkrankung(en) des Patienten im Sinne dieser Vereinbarung (§ 12 und Anlage 2 Gruppe Ia und Ib) übernehmen. Darunter fällt auch die Koordination weiterer konsiliarischer, medizinischer Maßnahmen beziehungsweise adjuvanter Therapien, inklusive der Psychotherapie (nach Absprache mit dem Psychotherapeuten), der häuslichen Fachkrankenpflege oder der Soziotherapie oder weiterer Gesundheitsfachberufe. Die Kooperation mit der hausärztlichen Versorgungsebene bleibt unberührt.

Der Facharzt übernimmt in den oben genannten Erkrankungen die entsprechende Akutversorgung sowie die Versorgung bei chronischen Krankheitsverläufen und im Rahmen der Rezidivprophylaxe.

Die Koordinationsaufgabe soll in der koordinativ-fachärztlichen Versorgung beim Facharzt liegen. Nach Rücksprache zwischen Facharzt und Hausarzt kann der Patient der hausärztlichen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Versorgung zugewiesen werden. Die Koordinationsaufgabe geht in diesem Fall auf den Hausarzt bzw. Psychotherapeuten über.

2. Kooperativ-konsiliarische (fachärztliche) Versorgung

Stellt der Hausarzt, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie oder Psychotherapeut erstmalig eine neurologische oder psychische Erkrankung entsprechend der Kriterien Anlage 2 Gruppe II fest, soll eine konsiliarische Vorstellung bei einem teilnehmenden Facharzt erfolgen. Der konsultierte Facharzt übernimmt die Aufgabe der konsiliarischen Beurteilung. Die Koordinationsfunktion verbleibt dabei beim Überweiser. Für den an der Versorgung teilnehmenden Facharzt ist die Teilnahme an beiden Versorgungsebenen (konsiliarische Beurteilung sowie koordinative Versorgung) verpflichtend.

§ 6

Psychotherapeutische Versorgungsebene

Die psychotherapeutische Versorgung unterteilt sich in zwei Aufgabenfelder

1. Koordinativ-psychotherapeutische Versorgung

Die koordinativ-psychotherapeutische Versorgung umfasst neben der Richtlinien-Psychotherapie im Wesentlichen die psychotherapeutische Terminsprechstunde, Eingangsdagnostik, Akutversorgung, ggf. psychoedukative Gruppenbehandlung sowie Rezidivprophylaxe. Bei der psychotherapeutischen Versorgung kann es zur Abstimmung des Gesamtbehandlungsplanes notwendig sein, dass der Psychotherapeut aufgrund eines besonderen Versorgungsbedarfs koordinative Aufgaben übernimmt (Anlage 1). Diese umfasst neben der Erstellung eines mit dem Patienten abgestimmten Behandlungsplans bei Bedarf auch begleitende therapeutische oder betreuende Elemente. Näheres regelt Anlage 1.

2. Kooperativ-konsiliarische (psychotherapeutische) Versorgung

Der konsultierte Psychotherapeut übernimmt auf Überweisung die Aufgabe der konsiliarischen Beurteilung. Die Koordinationsfunktion verbleibt dabei beim Zuweiser. Für den an der Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten ist die Teilnahme an beiden Versorgungsebenen (koordinative- sowie kooperativ-psychotherapeutische Versorgung) verpflichtend.

3. Abschnitt: Kooperationsregeln

§ 7

Kooperationsregeln: Grundsätze

- (1) Die Kooperation erfolgt unter Beachtung geltender berufs- und sozialrechtlicher Bestimmungen. Die freie Arztwahl bleibt unberührt.
- (2) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten müssen die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer und sozialer Dienste gewährleisten. Hierdurch müssen – zusätzlich zu den in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungs- und verordnungsfähigen Leistungen – die im Anhang zu dieser Vereinbarung aufgeführten Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder sichergestellt werden.

Ist als qualitätssichernde Maßnahme zu einem frühen Zeitpunkt eine konsiliarische Vorstellung beim neurologischen oder psychiatrischen Facharzt, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychotherapeuten zur weiteren Differentialdiagnostik und/oder zur Einleitung weiterer Therapiemaßnahmen notwendig, erfolgen diese innerhalb eines Zeitraums von ... Tagen und/oder Einleitung weiterer Therapiemaßnahmen .

Die Bildung und Verstetigung von Kooperationsstrukturen soll mittels regionaler zertifizierter Qualitätszirkel nach der Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 75 Abs. 7 SGB V und interdisziplinärer Fallkonferenzen (Kategorie C der Fortbildungsordnung) gemäß § 95d SGB V erfolgen. Die beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten sollen sich dazu verbindlich vereinbaren, z. B. durch Gründung von Kooperationsgemeinschaften. Der Teilnahmenachweis entweder an Qualitätszirkeln, Interventionsgruppen oder Supervisionsgruppen ist verpflichtend.

Grundsätzlich ist der koordinierende Arzt und Psychotherapeut zentraler Ansprechpartner für Patienten und seine Angehörigen. Das Hinzuziehen von weiteren Fachärzten bzw. Psychotherapeuten kann nur mit Einwilligung der Patienten erfolgen.

§ 8

Kooperationsanforderungen im Einzelnen

- (1) Der koordinierende Arzt oder Psychotherapeut fungiert grundsätzlich im Sinne des § 5 bzw. § 6 dieser Vereinbarung als zentraler Ansprechpartner für den Patienten und seine Angehörigen.

Sofern die Art der Erkrankung im Rahmen der fachärztlich-koordinierenden Behandlung die Beteiligung eines Facharztes/Psychotherapeuten eines weiteren Fachgebiets erforderlich macht, ist der teilnehmende behandelnde Arzt oder Psychotherapeut zur konsiliarischen Kooperation verpflichtet. Er hat die Einwilligung des Patienten darüber einzuholen. Die Beteiligung weiterer Fachärzte/Psychotherapeuten ist nach Maßgabe der in dieser Vereinbarung festgelegten Kooperationsregelungen unter Beachtung verbindlicher Terminfristen vorzusehen.

- (2) Die Überweisung von Patienten in eine Krankenhausambulanz (Hochschulambulanz, Ambulanz nach § 116b SGB V, Psychiatrische-, Psychosomatische- und Geriatrische Institutsambulanz) erfolgt kriterienbasiert (entsprechende Kriterien als Anlage sind zu erarbeiten).
- (3) Die jeweilige patientenindividuelle Koordination ist auf einen Arzt oder Psychotherapeuten beschränkt.
- (4) Entsprechend dem Versorgungsziel kooperiert der teilnehmende Psychotherapeut eng mit den behandelnden Ärzten unter Einräumung verbindlicher Terminfristen. Die teilnehmenden Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten vereinbaren eine Kommunikationsstruktur. Es soll eine zeitnahe wechselseitige Information sowohl vom Hausarzt an den Facharzt, vom Facharzt an den Psychotherapeuten und umgekehrt erfolgen.
- (5) Die Dokumentation enthält zumindest Angaben zu den behandlungsrelevanten Diagnosen, wichtigen Komorbiditäten, Krankenhausaufenthalten, gegebenenfalls initiierte Reha-Maßnahmen sowie Dauer der krankheitsspezifischen Arbeitsunfähigkeit, ferner Informationen über laufende, gegebenenfalls auch frühere, Pharmakotherapien.

§ 9 Aufklärung

- (1) Unbeschadet der sich behandlungsvertraglich ergebenden Einwilligungsnötigkeit des Patienten in diagnostische und therapeutische Maßnahmen ist bei Festlegung eines Therapiekonzeptes bzw. der Versorgung nach Maßgabe des Behandlungsumfanges der Patient über Umfang und Ziel der Therapie im Einzelnen in einer Beratung mit dem koordinierenden Arzt oder einem anderen an der Therapie beteiligten Arzt aufzuklären. Die Teilnahme des Patienten ist zu dokumentieren.
- (2) Die Behandlung und Versorgung soll der individuellen Situation des Patienten Rechnung tragen. Präferenzen der Patienten bzw. der Personen-Sorgeberechtigten insbesondere bei der Wahl der wohnortnahen am Vertrag teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten finden in der gemeinsamen Entscheidungsfindung zu Therapiezielen und Behandlungsplan Berücksichtigung.
- (3) Der Patient wird im Rahmen des Vertrages umfassend über die Inhalte und die Ziele der Behandlung aufgeklärt.
- (4) Die freie Arztwahl des Patienten bleibt unberührt. Der Patient kann eine Zweitmeinung zu den vorgeschlagenen und eingeleiteten Therapiemaßnahmen bei einem Arzt seiner Wahl einholen.

4. Abschnitt: Teilnahme am Versorgungsauftrag (Patienten / Ärzte / Psychotherapeuten)

§ 10

Patientengruppen / Indikationen

- (1) Neurologische und psychische Erkrankungen im Sinne dieser Vereinbarung sind Erkrankungen aus dem neurologischen und/oder psychiatrischen Fachgebiet (ICD-10 Gruppe G und F). Zur Teilnahme eines Patienten an der kooperativen Versorgung nach dieser Vereinbarung muss die Erkrankung nach einer Diagnose-Positiv-Liste oder nach definierten Kriterien (Einschlusskriterien) festgelegt werden. Die Einzelheiten sind in der Anlage 1 aufgeführt. Berufsrechtliche Erfordernisse bleiben hiervon unberührt.
- (2) Für die psychotherapeutische Versorgung im Sinne dieses Vertrages kommen volljährige Patienten, die unter Krankheiten nach § 22 Abs. 1 bzw. 2 der Psychotherapie-Richtlinie leiden oder bei denen der Verdacht auf eine solche Erkrankung besteht und gleichzeitig die Prognose getroffen wird, dass die psychotherapeutische Versorgung die Gesundheit des Patienten verbessert bzw. eine weitere Chronifizierung verhindert, in Betracht. Für die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Rezidivprophylaxe im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung gelten die Voraussetzungen nach Anlage I.

§ 11

Genehmigung und Anzeige für teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten

- (1) Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten, die nach Maßgabe des § 12 zur Teilnahme an der Versorgung grundsätzlich in Betracht kommen, zeigen dies der Kassenärztlichen Vereinigung an. Sofern die Voraussetzungen nach § 12 erfüllt sind, genehmigt die Kassenärztliche Vereinigung die Teilnahme.
- (2) Mit Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist der Arzt / Psychotherapeut berechtigt und verpflichtet, ab dem Quartal, in dem die Genehmigung zur Teilnahme erklärt wird, Leistungen nach diesem Vertrag zu erbringen.
- (3) Die Genehmigung wird auf fünf Jahre befristet; sie ist bei Fortbestand der Voraussetzungen um den jeweils entsprechenden Zeitraum zu verlängern.
- (4) Die Kassenärztliche Vereinigung kann bei Wegfall der Voraussetzungen die Genehmigung vorzeitig widerrufen.

- (5) Im Rahmen der Prüfung nach § 106a SGB V prüfen die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen, ob die Übernahme der individuellen koordinativen Tätigkeit im Sinne des § 5 auf einen beteiligten Arzt beschränkt ist.

§ 12

Voraussetzungen (Qualifikation, strukturelle Voraussetzungen)

Der teilnahmewillige Arzt oder Psychotherapeut weist der Kassenärztlichen Vereinigung als Voraussetzung für die Genehmigung Folgendes nach:

- (1) Fachärzte
 - Facharztqualifikation der in Betracht kommenden Facharztbezeichnung sowie
 - Verbindung mit geeigneten Fachärzten und Psychotherapeuten zur konsiliarischen Beratung unter Benennung der entsprechenden Ärzte sowie Beteiligung an Kooperations- und Koordinierungsstrukturen nach §§ 7 und 8.
- (2) Psychotherapeuten
 - Bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten eine für das in Betracht kommende Psychotherapieverfahren bestehende Genehmigung.
 - Verbindung mit geeigneten Fachärzten und Psychotherapeuten zur konsiliarischen Beratung unter Benennung der entsprechenden Ärzte sowie Beteiligung an Kooperations- und Koordinierungsstrukturen nach §§ 7 und 8
- (3) Bereitschaft zur besonderen Bereithaltung entsprechender Diagnostik und Therapie nach Anlage 1 dieser Vereinbarung.
- (4) Zusage zur Umsetzung qualitätsfördernder und qualitätssichernder Maßnahmen nach § 13 und Anlage 3.
- (5) Vereinbarungen zu Kooperationsstrukturen gemäß §§ 7 und 8 sind nachzuweisen. Falls eine Beteiligung im Einzelfall noch nicht besteht, informiert die Kassenärztliche Vereinigung über lokal bestehende Kooperationsstrukturen, soweit sie davon Kenntnis hat.

5. Abschnitt: Strukturvoraussetzungen/Qualitätssicherung

§ 13 Qualitätssicherung

- (1) Die qualitätsfördernden und qualitätssichernden Maßnahmen, zu denen die an der Versorgung teilnehmenden Fachärzte und Psychotherapeuten verpflichtet sind, ergeben sich aus Anlage 3.
- (2) Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Prüfung der Genehmigungsvoraussetzungen nach § 12 hinsichtlich der Qualitätssicherung. Eine Genehmigung nach § 12 wird nur erteilt, wenn der Vertragsarzt oder Psychotherapeut in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können hierzu eigene Richtlinien erlassen.
- (3) Die Auswirkungen der nach diesem Vertrag beschriebenen Versorgung auf die Krankenkassen, die an der Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten sowie auf die Patientenversorgung sind fünf Jahre nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung zu bewerten. Gegenstand der Bewertung ist insbesondere die Entwicklung der vorgesehenen Versorgungsstruktur, der Qualität sowie der Koordinations- und Kooperationsverpflichtungen unter den beteiligten Ärzten und Psychotherapeuten. Die Ergebnisse sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen und Grundlage für die Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs.
- (4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen jährlich einen Versorgungsbericht über das Versorgungsgeschehen auf der Grundlage von Routinedaten.

§ 14 Dokumentation

- (1) Ziel des standardisierten und strukturierten Berichtswesens ist die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Optimierung der Versorgung sowie die Generierung von Versorgungswissen durch standardisierte Dokumentation.
- (2) Die beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten übermitteln alle für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde einschließlich der genauen ICD-10-Kodierungen unter Beachtung von entsprechenden allgemeinen Vorgaben für den vertragsärztlichen Bereich (z. B. Codierhilfen). Mit Einverständnis des Patienten wird die Dokumentation unmittelbar nach Diagnose-Erhebung an die mitbehandelnden Ärzte und Psychotherapeuten unter obligatorischem Einschluss des Hausarztes weitergeleitet. Die Dokumentation enthält zumindest Angaben zu den behandlungsrelevanten Diagnosen,

wichtigen Komorbiditäten, Krankenhausaufenthalten, gegebenenfalls initiierte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Dauer der krankheitsspezifischen Arbeitsunfähigkeit, ferner Informationen über laufende und bei Bedarf frühere Pharmakotherapien.

- (3) Für die Verbesserung der Zusammenarbeit der zwischen den nach § 1 an der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag beteiligten Fachgruppen wird ein Berichtswesen implementiert. Nach der diagnostischen Abklärung und nach Abschluss der Behandlung (Akutintervention / Rezidivprophylaxe) informiert der Arzt oder Psychotherapeut den Überweiser bzw. Mitbehandler gemäß Anlagen 1 bis 3. Im Behandlungsverlauf der Rezidivprophylaxe soll mindestens einmal im Krankheitsfall über Zwischenergebnisse der Behandlung informiert werden.
- (4) Die Übermittlung der Berichte der psychotherapeutischen Behandlung an kooperierende Ärzte ist an die Einwilligung des Patienten gebunden.
- (5) Die Dokumentation der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten erfolgt darüber hinaus über das KBV-Online Portal „eDoku“.

6. Abschnitt: Inkrafttreten und Kündigung

§ 15

- (1) Diese Vereinbarung tritt am XX.XX.XXXX in Kraft.
- (2) Sofern gesetzliche Änderungen, Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder Änderungen des EBM die Inhalte dieser Vereinbarung betreffend, in Kraft treten, verpflichten sich die Vertragspartner auf Wunsch eines Vertragspartners zeitnahe Verhandlungen aufzunehmen.
- (3) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von einem Quartal zum Ende des laufenden Kalenderjahres gekündigt werden.

7. Abschnitt: Anlagen

Anlage 1: Versorgungsaufträge

Anlage 2: Teilnahmebedingungen Patienten (Aufnahmebedingungen)

Anlage 3: Qualitätsfördernde und qualitätssichernde Maßnahmen

Anlage 1: Versorgungsaufträge

Fachärztlicher Versorgungsauftrag

1. Aufnahmeuntersuchung (Hausarzt / Facharzt)

Im Rahmen der Erstanamnese erfolgt die basisdiagnostische Identifikation. Eine schematisierte und leitlinienbasierte (Basis-)Diagnostik bei geschulten Hausärzten und Fachärzten soll das frühzeitige Erkennen der Krankheit fördern und bei Bedarf entsprechend der Indikationsstellung in eine zeitnahe, gezielte Überweisung an die fachärztliche Versorgung entsprechend ihrer jeweiligen berufs- und sozialrechtlich festgelegten Qualifikationen und Befugnisse münden:

- Erhebung des psychopathologischen, psychiatrischen, psychodynamischen bzw. neurologischen Status
- Neurologische bzw. psychiatrische Untersuchung
- Sozial-, Familien-, und Fremdanamnese, Biografische Anamnese
- Abklärung somatischer Einflussfaktoren

Bei akuten Beschwerden soll sichergestellt werden, dass eine Wartezeit von maximal 10 Werktagen auf einen Behandlungstermin sowohl in der hausärztlichen als auch in der fachärztlichen Versorgung möglichst nicht überschritten wird.

2. Begleituntersuchung / Therapiekontrollen (Quartals-/ Jahresuntersuchung)

Begleituntersuchungen und Therapiekontrollen erfolgen nach einem mit dem Patienten abgestimmten Behandlungsplan in Kooperation entsprechend § 4, § 5 und § 6 mit an der Therapie beteiligten Therapeuten.

3. Differentialdiagnostik und erweiterte Diagnostik

Eine differenzialdiagnostische Untersuchung findet im Rahmen der konsiliarischen Facharztberatung oder der erweiterten Aufnahme diagnostik durch einen Facharzt statt. Diese geht über die in der Aufnahme-Diagnostik erhobenen Befunde hinaus und beinhaltet insbesondere:

- Vertiefte psychiatrische bzw. neurologische Exploration und Abklärung mit differenzialdiagnostischer Einordnung entsprechend der Leitlinien der Fachgesellschaften.
- Eine erweiterte Diagnostik morbiditätsbezogen und leitliniengerecht.

4. Behandlung

Das Aufgabenfeld von Haus- und Fachärzten bei der Betreuung umfasst insbesondere Folgendes:

- Zeitgerechte Versorgung in Akutsituationen
- Anwendung der für jede Indikation vorhandenen evidenzbasierten Leitlinien, Rahmenkonzepte und Behandlungspfade.

- Festlegung des individuellen Behandlungsplans / Versorgungsplans und der fallbezogenen Therapieziele unter Einbeziehung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.
- Koordination weiterer diagnostischer Abklärung sowie Abstimmung zu den Maßnahmen mit den an der Behandlung beteiligten Ärzten und Psychotherapeuten.
- Beachtung der Behandlungsziele einschließlich der Kontrolle und Steuerung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums

Überweisung zum Psychotherapeuten zur Abklärung der Indikation für eine Psychotherapie.

5. Beratung

Die Beratung des Patienten soll in enger Abstimmung zwischen den Vertragsteilnehmern erfolgen; die Abstimmung soll auch die Zuordnung zur Übernahme der jeweiligen Beratungsziele umfassen.

Die Beratung umfasst insbesondere:

- Mitteilung der Diagnose, des Behandlungsplans und weiterer Behandlungsschritte
- Aufklärung des Patienten und der Familie über Risikofaktoren, Komorbidität, Lebensstil, Verhalten sowie individuelle Prophylaxe zur Vermeidung von Rückfällen
- Beratung zu/zur/zum
 - Sozialmedizinischen Aspekten, Medikation, beruflichen Wiedereingliederung/Sicherung der Erwerbsfähigkeit
 - Rehabilitation/Teilhabe
 - Häuslichen Situation und Wohnen
 - Pflege/Psychiatrischen Pflege
 - Sozialen Beziehungen, Lebensplanung, Alltagsbewältigung, Lebensstil
- Information über und Weiterleitung an Selbsthilfegruppen
- Beratung von Angehörigen einschließlich der Versorgung von Kindern

6. Nachsorge

Kommt der behandelnde Arzt zu dem Ergebnis, dass die Behandlungsziele stabil erreicht sind, vereinbart er mit dem Patienten entsprechend dem Behandlungsplan regelmäßig stattfindende Nachsorgegespräche mit dem Ziel, Rückfälle zu verhindern. Nach Beendigung einer spezifischen Therapie sollen die Nachsorgeuntersuchungen für mindestens ein Jahr fortgesetzt werden. Nach Ablauf dieses Zeitraumes können bei Bedarf Jahresuntersuchungen für weitere 3 Jahre durchgeführt werden.

Aufgaben des Facharztes im Rahmen der konsiliarisch-fachärztlichen Versorgung:

- Vergabe von Konsultationsterminen innerhalb von 10 Werktagen nach hausärztlicher Anfrage
- Neuropsychiatrische Diagnostik und Therapie entsprechend berufsrechtlicher Vorgaben sowie Vorgaben zur Durchführung der Versorgung
- Erstellung eines Therapievorschlags und eines abgestimmten Behandlungsplans mit dem Patienten

Psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgungsauftrag

A. Beratung im Rahmen der Sprechstunde, Diagnostik und Behandlung

- (1) Bestandteile der psychotherapeutischen Versorgung sind insbesondere die Sprechstunden, Eingangsdiagnostik, Akutversorgung, psychoedukative Gruppenbehandlung und Rezidivprophylaxe. Aufgaben und Umfang werden in diesem Abschnitt beschrieben.

Für die beschriebenen Aufgaben der Akuttherapie hält der teilnehmende Psychotherapeut ein Mindestkontingent an Wochenstunden bereit. Ärztliche Anfragen bzw. ärztliche Überweisungen werden individuellen Patientenfragen vorgezogen.

- (2) Bei Verdacht auf die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Akutversorgung kann sich der Patient nach einer gemäß § 1 Abs. 3 PsychThG erfolgten somatischen Abklärung direkt an einen teilnehmenden Psychotherapeuten wenden oder es erfolgt eine Überweisung zur Verifizierung der Erst- bzw. Verdachtsdiagnose. Die Terminvereinbarung soll in diesen Fällen i. d. R. direkt aus der Praxis in Abstimmung mit dem Patienten bzw. den Personen-Sorgeberechtigten erfolgen. Der zuweisende Arzt erhält nach Abschluss der Differenzialdiagnostik das Ergebnis sowie ggf. den Therapieplan.

Leistungen im Einzelnen:

- Psychotherapeutische Sprechstunde

Die psychotherapeutische Sprechstunde dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung oder eine Krankheit vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im GKV-System notwendig sind. Diese niederschwellige therapeutische Erstintervention hat Clearingcharakter und dient weder einer vertieften diagnostischen Abklärung noch einer systematischen psychotherapeutischen Behandlung. Terminvergabe innerhalb von __ Tagen, Durchführung eines psychodiagnostischen Erstgesprächs und Klärung des Zuweisungskontexts.

- Frühzeitige diagnostische Abklärung

Die frühzeitige diagnostische Abklärung ist eine Komplexleistung und beinhaltet eine klinische Einschätzung, differentialdiagnostische Erwägungen, eine Reflexion der Befunde, eine Diagnose, eine standardisierte Zusammenfassung des Befundes in Form einer Mitteilung an den Patienten und/oder den zuweisenden Arzt oder Psychologischen Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut und gegebenenfalls eine Empfehlung zur eventuell notwendigen Weiterbehandlung. Die frühzeitige diagnostische Abklärung kann auch als Auftragsleistung eines Arztes, Psychologischen Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut durchgeführt werden.

- Psychotherapeutische Akutversorgung

- Gruppenpsychotherapeutisches Angebot im Sinne einer psychoedukativen Gruppenbehandlung. Es handelt sich dabei um systematische, didaktisch-psychotherapeutische Interventionen mit begrenzter Zielsetzung, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Psychotherapeutische Rezidivprophylaxe.

Im Rahmen des psychotherapeutischen Versorgungsauftrages kann nach erfolgter Psychotherapie eine Rezidivprophylaxe mit Behandlungsterminen in größeren Abständen als niederschwellige Behandlung fortgeführt werden.

- Koordinationsaufgaben

Veranlassung der weiteren diagnostischen und ggf. somatischen Abklärung, sofern sie für die psychotherapeutische Behandlung notwendig ist. Für die Veranlassung der somatischen Abklärung durch Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist ein Überweisungsverfahren einzurichten.

- Erstellung eines mit dem Patienten abgestimmten Behandlungsplanes, der bei Bedarf auch begleitende therapeutische oder betreuende Maßnahmen einschließen kann (z. B. von Kliniken, Psychiatrischen Institutsambulanzen, gemeindepsychiatrischen Diensten, ergotherapeutischen und logopädischen Behandlungen, psychosozialen Beratungsstellen, Selbsthilfeeinrichtungen, Tagesstätten, Familienhilfen, Reha-Maßnahmen). In Absprache mit diesen Behandlungs- oder Betreuungseinrichtungen kann der Psychotherapeut auch eine koordinierende Funktion übernehmen.
- Bei der Behandlung von Jugendlichen darüber hinaus Vermittlung von helfenden bzw. ergänzenden Maßnahmen wie z. B. der Jugendhilfe nach SGB VIII, den Schulen und schulpsychologischen Diensten, der Suchtberatung, der Institutionen der Berufsorientierung und Berufsvorbereitung, der sozialpädiatrischen Zentren sowie ggf. der Jugendgerichtsbarkeit.
- In Absprache mit kooperierenden Ärzten bzw. stationären Einrichtungen Sicherstellung einer ambulanten Anlaufstelle für Notfälle.

B. Beratung

Die Beratung des Patienten, sofern sie nicht Bestandteil der Sprechstunde im Rahmen der gestuften Versorgung ist, soll in enger Abstimmung zwischen den Vertragsteilnehmern erfolgen; die Abstimmung soll auch die Zuordnung zur Übernahme der jeweiligen Beratungsziele umfassen.

Die Beratung umfasst insbesondere:

- Mitteilung der Diagnose, des Behandlungsplans und weiterer Behandlungsschritte
- Aufklärung des Patienten und der Angehörigen über Risikofaktoren, Komorbidität, Lebensstil, Verhalten sowie individuelle Prophylaxe zur Vermeidung von Rückfällen
- Beratung zu/zur/zum
 - beruflichen Wiedereingliederung/Sicherung der Erwerbsfähigkeit
 - Rehabilitation/Teilhabe
 - Häuslichen Situation und Wohnen
 - Lebensplanung, Alltagsbewältigung, Lebensstil
- Information über und Weiterleitung an Selbsthilfegruppen
- Beratung von Angehörigen einschließlich der Versorgung von Kindern

Anlage 2: Teilnahmebedingungen Patienten (Aufnahmebedingungen)

Neuropsychiatrische Erkrankungen im Sinne dieser Vereinbarung umfassen neurologische und/oder psychiatrische Erkrankungen laut § 10 Abs. 1. Zur Teilnahme an der Vereinbarung muss darüber hinaus eines der aufgeführten Kriterien der Gruppe I oder II erfüllt sein.

I. Koordinativ-fachärztliche Versorgung (Gruppe Ia und Gruppe Ib)

Die Teilnahme an der koordinativ-fachärztlichen Versorgung findet statt, wenn eines der Kriterien aus Gruppe Ia erfüllt ist. Bei Erkrankungen, die nicht in der Diagnosen-Positiv-Liste enthalten sind, findet die Teilnahme an der koordinativ-fachärztlichen Versorgung statt, wenn ein Kriterium der Gruppe Ib erfüllt ist. Sind die Kriterien der Gruppe Ib erfüllt und befindet sich der Patient in der koordinativen psychotherapeutischen Versorgung gemäß § 6 Abs.1, erfolgt die weitere Behandlung kooperativ mit den Fachärzten.

Gruppe Ia: Diagnosen-Positiv-Liste

Art der Erkrankung: gesicherter Diagnose aus dem Bereich / ICD-10-Gruppen

- F20 - Schizophrenie
- F21 - Schizotype Störung
- F22 - Anhaltende wahnhafte Störungen
- F23 - Akute vorübergehende psychotische Störungen
- F24 - Induzierte wahnhafte Störung
- F25 - Schizoaffektive Störungen
- F28 - Sonstige nichtorg. psych. Störungen
- F29 - Nicht näher bez. nichtorg. Psychose
- F30 - Manische Episode
- F31 - Bipolare affektive Störung
- F32.3 - Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F33.3 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

- G00.0 Meningitis durch Haemophilus influenzae
- G01* - Meningitis b. anderenorts klassifiziert. Bakt. Krankheiten
- G02* - Meningitis b. sonst. anderenorts klassifiziert. infek. & paras. Krankheiten
- G03 - Meningitis durch sonst. & n.n.b. Ursachen
- G04 - Enzephalitis, Myelitis & Enzephalo-myelitis
- G05* - Enzephalitis, Myelitis & Enzephalo-myelitis b. and.orts klassifiz. Krankheiten
- G06 - Intrakr.& intraspinale Abszesse & Granulome
- G07* - Intrakr. & intraspinale Abszesse & Granulome b. andernorts klassifiz. Krankheiten

- G08 - Intrakranielle & intraspinale Phlebitis & Thrombophlebitis
- G09 - Folgen entzündlicher Krankheiten des Zentralnervensystems
- G10 - Chorea Huntington
- G11 - Hereditäre Ataxie
- G12 - Spinale Muskelatrophie & verwandte Syndrome
- G13* - Systematrophien, vorw. d. Zentralnervensystem betreffend, b. anderenorts klassifizierter. Krankheiten
- G14 - Postpolio-Syndrom
- G20 - Primäres Parkinson-Syndrom
- G21 - Sekundäres Parkinson-Syndrom
- G22* - Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifiz. Krankheiten
- G23 - sonst. degenerative Krankheiten der Basalganglien
- G24 - Dystonie
- G35 - Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata] *
- G36 - sonst. akute dissem. Demyelinisation
- G37 - sonst. demyelinisierende Krankheiten. des Zentralnervensystems
- G40 - Epilepsie*
- G41 - Status epilepticus
- G45 - Zerebrale transitorische Ischämie & verwandte Syndrome
- G46* - Zerebrale Gefäßsyndrome bei zerebrovaskulären Krankheiten (I60-I67†)
- G50 - Krankheiten d. N. trigeminus. [V. Hirnnerv]
- G52 - Krankheiten sonstiger Hirnnerven
- G53* - Krankheiten der Hirnnerven bei anderenorts klassifizierter Krankheiten
- G60 - Hereditäre & idiopathische Neuropathie
- G61 - Polyneuritis
- G70 - Myasthenia gravis & sonst. neuromuskuläre Krankheiten
- G71 - Primäre Myopathien
- G91 - Hydrozephalus
- G93 - sonst. Krankheiten des Gehirns
- G94* - sonst. Krankheiten des Gehirns bei anderenorts klassifizierter Krankheiten
- G95 - sonst. Krankheiten des Rückenmarkes
- G96 - sonst. Krankheiten des Zentralnervensystems
- G97 - Krankheiten des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert.

*nachrangig zu Regelungen in § 116b SGB V

Gruppe Ib: Einschlusskriterien (chronische Verläufe)

Verlauf der Erkrankung: Drohende Eigen- oder Fremdgefährdung

- drohende Erwerbsminderung
- (Arbeitsunfähigkeit mit einer Dauer von mehr als 3 Monaten sowie zusätzlich vorliegende Reha-Anträge oder MDK-Anträge)
- Anzahl stationärer Einweisungen von mehr als drei in zwei Jahren
- Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I

II. Kooperativ-konsiliarische Versorgung für akute Fälle oder bei drohender Chronifizierung gem. der folgenden Kriterien:

Gruppe II: Einschlusskriterien (akute oder chronifizierende Verläufe) für eine fristgebundene Sicherstellung eines konsiliarischen Versorgungsangebotes, insbesondere bei den folgenden Anlässen:

- Begründeter Verdacht auf eine akute bzw. beginnende organische Erkrankung des ZNS
- Bewertung des Suizidalitätsrisikos oder einer Fremdgefährdung
- Dauer der Erkrankung > 4 Monate unabhängig vom Schweregrad
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit > 3 Wochen
- Akute Verschlechterungstendenz
- Drohende Notwendigkeit einer Überweisung zur ambulanten oder (teil-)stationären Behandlung am Krankenhaus

Anlage 3 zu § 13 Abs. 1: Qualitätsfördernde und qualitätssichernde Maßnahmen

Die Vereinbarung von nachstehenden besonderen Anforderungen an die Versorgungsqualität erfolgt gemäß § 135 Abs. 2 und § 135a Abs. 1 und 2 SGB V, qualitätsfördernder Maßnahmen auf Basis von § 135a Abs. 1 und 2. In der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (ÄQM-RL) sind die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement beschrieben. Für die am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind folgende Qualitätsgrundsätze und Qualitätsziele verbindlich, um über die Vorgaben zur Strukturqualität hinaus eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität zu erzielen.

1. Patientenorientierung und Patientensicherheit

- Patientenindividuelle Koordination, ein verantwortlicher Ansprechpartner
- Beachtung verbindlicher Terminfristen, Reduzierung der Wartezeiten auf Behandlungstermine und Therapieplätze
- Gemeinsame Entscheidungsfindung zu Therapiezielen und Behandlungsplan
- Förderung der Eigenkompetenz und Compliance
- Wohnortnahe Selbsthilfe- und Präventionsangebote
- Optionale Zweitmeinung zu Therapiemaßnahmen
- Vorbeugung von Chronifizierung

2. Gestaltung von Kommunikationsprozessen und Kooperation an den Nahtstellen der Versorgung

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit, konsiliarische Kooperation, Fallkonferenzen
- Gründung von Kooperationsgemeinschaften
- Vereinbarung verbindlicher Kommunikationsstrukturen zur zeitnahen wechselseitigen Information sowie von Dokumentationsstandards
- Teilnahme an Qualitätszirkeln, Interventions- oder Supervisionsgruppen
- Teilnahme am Berichtswesen „eDoku“

3. Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

- Fach- und sektorenübergreifende Behandlungspfade
- Qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie
- Vermeidung bzw. Reduktion stationärer Einweisungen
- Reduzierung von Arbeitsunfähigkeit

4. Evaluation der medizinischen Qualität

Die Vertragspartner vereinbaren eine Evaluation des Vertrages zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.