

Komplexleistungen, Schnittstellenproblematik und Anforderungen an regionale Netzwerke

Bei psychischen Erkrankungen müssen auch die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen unter Beachtung des gesamten Lebenshintergrundes eines Menschen berücksichtigt werden. Neben der Behandlung der Erkrankung müssen insbesondere Teilhabeleistungen, Leistungen der Eingliederungshilfe erbracht werden. Diese Leistungen ergänzen die Behandlung und beziehen die Lebenslagen, Krankheitslagen der/des Betroffenen ein. In beiden Bereichen Behandlung und Eingliederungshilfe kommt zusätzlich der Selbsthilfe besondere Bedeutung zu.

Ein Versorgungssystem, das einem der benannten Bereich Vorrang einräumt und nicht gemeinsam die notwendigen Leistungen erbringt, wird dem Unterstützungsbedarf des psychisch kranken Menschen nicht gerecht werden. Um Menschen mit einer psychischen Erkrankung personenzentriert zu unterstützen, müssen sich also unterschiedliche Bereiche im psychiatrischen Versorgungssystem ergänzen.

Das ist eine große Herausforderung vor dem Hintergrund der Fragmentierung der Sozialgesetze, die sich auf das Handeln der Leistungserbringer und Leistungsträger auswirkt und häufig dazu führt, dass Leistungen nicht, oder nicht zufriedenstellend erbracht werden. Diese Problematik nahm der DGSP-Gesamtvorstand im Mai 2023 zum Anlass, Schnittstellen genauer zu betrachten und der Frage nachzugehen, inwieweit Kooperationsformen Zuständigkeit regeln und eine Lösung sein können. Dieses Papier stellt den Diskussionsstand dar und soll auch als Grundlage für unsere Mitwirkung an der Fortführung des Psychiatriedialogs zur Weiterentwicklung von Hilfen für psychisch erkrankte Menschen dienen, welchen die Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchführt.

Inhaltsverzeichnis

Seite

1. Regionale Verbindlichkeit in festgelegter Versorgungsregion	2
2. Die Rolle von Sozialpsychiatrischen Diensten	3
3. Sozialraum und Lebensumfeld	4
4. Förderung der „Begegnungsstätten“ niedrigschwellig	5
5. SGB IX ab Basis – Zugänge für alle Menschen verbessern	5
6. Von gesetzlicher Kooperation zu einer Kultur der Kooperation	7
7. Förderung der Beteiligungskompetenz	11
8. 24/7: Entscheidungen müssen getroffen werden können, Anlaufstellen erreichbar sein, SGB IX-Zugänge möglich	13
9. Umfassende, zeitnahe und zeitgemäße Leistungen nach SGB I	14
10. Abkürzungsverzeichnis	15
11. Literaturverzeichnis	
12. Anhang	16

1. Regionale Verbindlichkeiten in festgelegten Versorgungsregionen

Vorbemerkungen:

Versorgungsverpflichtungen müssen jeweils für eine konkrete Region formuliert sein und die dortigen spezifischen Anforderungen berücksichtigen. Dabei behalten die beteiligten Träger ihre Eigenständigkeit. Eine ausreichende Finanzierung der Pflichten muss gewährleistet sein und eine Budgetverschiebung zwischen einzelnen Einrichtungen ist möglich. Um die Versorgungsverpflichtung zielgerichtet zu erfüllen sind ausreichender Wohnraum und genügend Fachkräfte wichtige Voraussetzungen. Die Grundhaltung, Versorgung in der Region zu ermöglichen, wird von allen Beteiligten geteilt und gefördert. Die „Kommunale Fallbesprechung“ oder andere Formate, die allen an einen Tisch bringen, sichern gemeinsame Qualität durch Austausch. Eine grundsätzliche Verständigung über Krankheitsverständnis und Handlungslogiken muss erfolgen.

Die in vielen Teilen Deutschlands gebildeten Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) können beispielhaft dafür sein, wie Versorgungsverpflichtung von einer Verantwortungsgemeinschaft von Leistungserbringern übernommen wird, die dazu geeignete Steuerungsstrukturen geschaffen haben und dadurch sowohl Hilfeleistung gewährleisten können, als auch dem Ziel der individuell passenden und gewünschten Leistung gerecht werden können. Ein Lösungsweg könnte es sein, die Bildung von

Gemeindepsychiatrischen Verbänden in das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) aufzunehmen.¹

Forderung:

In der Versorgungsverpflichtung wird genau festgelegt:

- Welche Aufgaben sich aus ihr ergeben
- Was „Verpflichtung“ bedeutet und wo sie festgelegt ist
- Für wen sie gilt (inwiefern werden die Klinik, die Obdachlosenhilfe etc. mit einbezogen?)
- Dass auch das Thema Forensik einbezogen wird
- Dass es ein Recht des Einzelnen auf umfassende und koordinierte Leistungen gibt
- Dass die Selbsthilfe regulär eingebunden ist (z.B. bei Fallkonferenzen)
- Wie mit (einem Bedarf an?) geschlossenen Einrichtungen umgegangen wird
- Welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um der Verpflichtung nachkommen zu können
- Welche Qualitätskriterien bei der Umsetzung erfüllt werden müssen (Prozess- und Strukturqualität)
- Dass eine Weiterentwicklung anhand der Qualitätsstandards erfolgt
- Wie der Datenschutz gewährleistet wird
- Dass und in welcher Form sich Bund, Länder und Kommunen an der Finanzierung der Leistungen beteiligen.

2. Die Rolle von Sozialpsychiatrischen Diensten

Vorbemerkungen:

Durch die Heterogenität landesgesetzlicher Rahmenbedingungen, Trägervielfalt und lokaler Traditionen beim Leistungsspektrum ist die Rolle von Sozialpsychiatrischen Diensten (SPDi) und sind die vorhandenen Personalressourcen überall unterschiedlich.

Forderungen:

- Die SPDi sollen Teilnehmer des GPV sein, aber nicht automatisch federführend.
- Die in den Fachlichen Empfehlungen des Bundesnetzwerks definierten vier Kernaufgaben sollten in allen Bundesländern zum Auftrag der SPDi gehören:
 - 1) Niederschwellige Betreuung bzw. Begleitung, aufsuchend und nachgehend (z. Bsp. im PsychKG NRW vorgeschrieben)

¹ Vgl.: Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV) (Hrsg.): Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. zur Förderung einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung von Leistungserbringern für Menschen mit seelischen Behinderungen, 2021, s. https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Positionspapier_BAG_GPV_Gemeinsame_Versorgungsverpflichtung_01-12-21.pdf (29.11.2023), S.2-3.

- 2) Krisenintervention und Mitwirkung an Unterbringungen
 - 3) Planung und Koordination von Einzelfallhilfen
 - 4) Koordination und Steuerung²
- Bei der Planung und Koordination der Einzelfallhilfe muss z.B. die Bedarfsfeststellung überprüft werden. Diese ist bisher aufwändig und nicht transparent. Ein neues Planverfahren sollte erarbeitet werden (vorrangig BTHG)
 - Die SPDi begleiten Personen, die die Zuschreibung krank oder behindert vermeiden und daher keinen Zugang zu Leistungen haben. Denn als niederschwellige Beratung und Betreuung sind die SPDi prädestiniert dafür. Ein regelmäßiger Austausch und eine enge Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, -trägern und SPDi ist zwingend notwendig und muss verpflichtend sein, um den oben beschriebenen Personenkreis zu erreichen.
 - Eine Facharztbesetzung bei den SPDi sollte die Norm sein.

Weitere Ansatzpunkte:

- Sammeln von best-practice-Beispielen Krisenintervention: Wo gelingt sie gemeinsam im Verbund?

3. Sozialraum und Lebensumfeld

Vorbemerkungen

„Das Verständnis des Sozialraumes als Planungsraum ist eine verkürzte Sichtweise der Sozialraumorientierung. Der Sozialraumorientierung liegt ein relationales Raumverständnis zu Grunde, in dem „Räume“ als soziale(!) Gebilde betrachtet werden.

Es geht also sowohl um die Strukturen, als auch um die Strukturierung des lokalen Raumes. Damit ist die Verbindung zwischen dem Begriff der Sozialraumorientierung und Netzwerken (und deren Förderung) evident.

Ein Sozialraum beschränkt sich nicht auf einen geografisch abgegrenzten Raum, wie einen Stadtteil oder eine Region. Unter einem Sozialraum sind Örtlichkeiten sowie auch soziale Gruppen und Netzwerke gemeint, die nach den Bedürfnissen des Individuums zusammengesetzt seinen Sozialraum bilden. Der Sozialraum lässt sich nicht allgemein bestimmen. Vielmehr ist immer eine Einzelfallbetrachtung notwendig. Für die Eine gehören zum Beispiel Schule und Sportverein dazu, für den Anderen Arbeit und kulturelle Angebote. Jedes Individuum schafft durch seine Aktivitäten, Vorlieben und Beziehungen Sozialräume und lebt in diesen.

Ein Sozialraum ist immer auch Veränderungsprozessen durch eine veränderte Wohn- oder Lebenssituation, eine veränderte Interessenslage, sich verändernde Beziehungen oder veränderte Teilhabebedarfe unterworfen.

Der Sozialraum ist somit für jeden Leistungsberechtigten individuell, nach territorialen Bezügen, den Teilhabebedarfen und -wünschen und den vorhandenen Ressourcen höchst unterschiedlich definiert und unterliegt Veränderungsprozessen.

Die Gestaltung eines inklusiven Sozialraums ist Aufgabe aller staatlichen Ebenen. Es ist Aufgabe des Staates und seiner ausführenden Organe und damit auch der Rehabilitationsträger und Leistungserbringer für einen barrierefreien Sozialraum zu sorgen, d. h. die Faktoren zu beseitigen, die

² Matthias Albers, Hermann Elgeti, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland: Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste, Hannover 2018, s. <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf/> (29.11.2023)

den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in seinem individuellen Alltag behindern. Dabei geht es nicht nur um Sozialleistungen für die Förderung der Anpassung des Wohnraumes und Wohnumfeldes an die Anforderungen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, sondern auch um die Beseitigung psychischer, physischer, informationeller und kommunikativer Barrieren sowie von Vorurteilen oder Fehleinstellungen, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in ihrer sozialen Teilhabe einschränken.

Für die Erbringung von Leistungen der Sozialen Teilhabe ist die Betrachtung des Einzelfalls maßgeblich. Dies gilt auch für die Bewertung der notwendigen, bedarfsdeckenden und angemessenen Eingliederungshilfemaßnahme(n) zur Erreichung einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung sowohl im eigenen Wohnraum als auch im Sozialraum.

Der Begriff der Sozialraumorientierung ist immer im Kontext der individuellen Lebenswelt der einzelnen Person zu definieren.“³

Weiterführende Literatur:

- Elgeti, Hermann: Was bedeuten Inklusion und Sozialraumorientierung für die Sozialpsychiatrie?, in: Sozialpsychiatrische Informationen 2/2015, https://mhh-publikationsserver.gbv.de/servlets/MCRFileNodeServlet/mhh_derivate_00000177/Elgeti-45219_a.pdf

4. Förderung der „Begegnungsstätten“ niedrigschwellig

Vorbemerkungen:

Suchtkranke oder –gefährdete psychisch kranke Menschen können die sozialen und gesundheitlichen Folgen der Abhängigkeit häufig nicht kompensieren und leben dadurch am Rand der Gesellschaft. Professionelle Hilfen im medizinischen und therapeutischen Bereich (Entgiftungsbehandlungen, Langzeittherapien, Beratungsstellen verschiedener Bereiche) werden aus Scham, Angst, dem Gefühl, nicht (mehr) anerkannt zu sein oder aus schlechten Erfahrungen bei früheren Versuchen nicht aufgesucht. Die Hemmschwelle, es erneut oder überhaupt zu versuchen ist hoch, manchmal unüberwindbar.

Hier können niedrigschwellige Hilfen ansetzen und einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass betroffene Menschen wieder oder erstmals Zugang zum Hilfesystem erhalten: alltagspraktische Hilfen, Freizeitaktivitäten oder Gesprächsangebote können dazu gehören. Entscheidend ist, dass die Angebote kontinuierlich und verlässlich erfolgen.

Leider ist die Personal- und Finanzierungssituation niedrigschwelliger Angebote eine große Herausforderung für Mitarbeitende und Träger.

Forderungen:

- Kontaktstellen und Begegnungsstätten sollen auf allen Ebenen gestärkt werden. Kommunen, Land und Bund müssen eigene Haushaltstitel dafür vorsehen, damit ein verlässliches und kontinuierliches Angebot gewährleistet werden kann.

³ Uwe Brohl-Zubert und Stefan Corda-Zitzen: Sozialraum: Ein Definitionsvorschlag. Das Papier entstand im Rahmen des DGSP-Future-Projekts.

5. SGB IX ab Basis – Zugänge für alle Menschen verbessern

Vorbemerkungen:

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden auch durch die Regelungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) zu wenig erreicht. Bei den Antragsleistungen sind „diejenigen vom Leistungsausschluss [bedroht], die ihre Hilfsbedürftigkeit für sich selbst nicht anerkennen können, die entsprechenden Funktions-, Aktivitäts- oder Teilhabebeeinträchtigungen nicht erkennen und/oder (bisher) noch keine Lebensperspektiven oder Teilhabeziele entwickeln konnten.“⁴ Andere „stehen (krankheitsbedingt) Hilfeangeboten ambivalent oder ablehnend gegenüber. Gerade bei ihnen gelingt die Inanspruchnahme der eigentlichen Leistung oft nur, wenn die handelnden Personen der Leistungserbringer als vertrauensvoll wahrgenommen werden.“⁵

Die Ermittlung des Hilfebedarfs ist...

- gekoppelt an ein jeweils länderspezifisches Hilfebedarfsinstrument, welches sich an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) orientiert. Die Instrumente der Bundesländer sind äußerst umfangreich und berücksichtigen Funktionsbeeinträchtigungen oft nur unzureichend.
- als ein langwieriger Prozess zu verstehen, der keinesfalls innerhalb weniger Stunden zu bewerkstelligen ist „Insbesondere bei einer Erst-Ermittlung ist zu berücksichtigen, dass sich im Einzelfall Beeinträchtigungen erst im Zeitverlauf bemerkbar machen können. Auch die Zielsetzungen können sich im Zeitverlauf ändern.“⁶
- bei seelisch behinderten Menschen eine sozialtherapeutisch höchst anspruchsvolle interaktive Tätigkeit – insbesondere dann, wenn die komplexen Wechselwirkungen mit Umwelt auf der einen und dem besonderen Feld der therapeutischen Interventionen zum Beispiel nach SGB V auf der anderen Seite mit in den Blick genommen werden.

Forderungen:

- Maßnahmen im Vorfeld formaler Leistungsplanung, die gewährleisten, dass auch die oben beschriebenen Menschen Hilfen erhalten, um überhaupt Perspektiven und Ziele entwickeln zu können, wie z.B. Beratung vor einer konkreten Beantragung von Leistungen.
- Es sind verbindliche und zielführende Rechtsempfehlungen auf Landesebene notwendig, die regeln, dass⁷
 - 1) Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung niedrigschwellig und unterstützend aufgebaut werden

⁴ Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP): Zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes – Ein Zwischenruf, Berlin, 2022, s. https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/2022/22-10-19_DGSP_BTHG_Zwischenruf.pdf (29.11.2023), S.2.

⁵ Aktion Psychisch Kranke e.V.: Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Entwurf zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz BTHG)“, Bonn und Berlin, 2016, s. https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/BTHG/Stellungnahme_Aktion_Psychisch_Kranke.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (29.11.2023), S.3.

⁶ DGSP: Zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes, S.5.

⁷ Vgl. ebd., S.5-6.

- 2) alle möglichen Leistungserbringer in das Hilfeplanverfahren einbezogen werden
- 3) die Lebensgeschichte und/oder lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse des Leistungsberechtigten, wie z.B. traumatisierende Erfahrungen aber auch Kompetenzen und Ressourcen, bei der Ermittlung der Hilfebedarfe durch die Länder hinreichend berücksichtigt werden.
- 4) die Bedarfsermittlung flexibel gehandhabt wird und eine „Neujustierung“ der Inhalte des Instrumentes bzw. des Prozesses selbst vorgesehen ist, damit die Maßnahmen nicht ins Leere laufen oder kontraindiziert sind
- 5) die Ermittlung des Hilfebedarfs nach dem Prinzip der „gleichen Augenhöhe“ erfolgt
- 6) Fachkräfte in der Bedarfsermittlung eine sensible und einführende Haltung haben, die sie durch eine entsprechend qualifizierte Ausbildung erhalten. Eine unqualifizierte Handhabung der Instrumente kann dazu führen, dass nicht nur die Interaktion asymmetrisch verläuft, sondern das Instrument in sein Gegenteil verkehrt wird und zu einem Instrument der „Demütigung“ und „Entrechtung“ mutiert. Die Qualifizierung vor allem vieler Teilhabeberater:innen ist immer noch sehr defizitär.“
- 7) auch eine medizinische Teilhabeplanung stattfindet
- 8) Menschen, bei denen eine Notlage vorliegt und die „nicht antragsfähig“ sind Angebote unterbreitet werden.

6. Von gesetzlich festgeschriebener Kooperation zu einer Kultur der Kooperation

Vorbemerkungen:

Hierzu wurden zunächst die Sozialgesetzbücher nach Schlüsselwörtern durchsucht und es erfolgte eine Auflistung der SGB-Paragrafen und der dazugehörigen Richtlinien und verwandten Gesetzestexten, an denen „Kooperation“, „Netzwerke“ und „Koordination“ gefordert werden (s. Anhang).

Es folgen dazu ergänzend einige grundsätzliche Vorbemerkungen zum Begriff der Kooperation, die größtenteils der Publikation des Deutschen Jugendinstituts von Eric van Santen und Mike Seckinger „Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis“ entnommen sind.

Definitionen von Kooperation

- „Kooperation ist ein Verfahren - also kein inhaltlich definierbarer Handlungsansatz der intendierten Zusammenarbeit, bei dem im Hinblick auf geteilte oder sich überschneidende Zielsetzungen durch Abstimmung der Beteiligten eine Optimierung von Handlungsabläufen oder eine Erhöhung der Handlungsfähigkeit bzw. Problemlösungskompetenz angestrebt wird.“⁸
- „Kooperation ist eine mit vielen positiven Erwartungen überladene Problemlösungsstrategie, auf die in Politik, Wirtschaft und in der psychosozialen Arbeit gerne zurückgegriffen wird, wenn komplexe Aufgaben bearbeitet werden müssen.“⁹

⁸ Santen, Eric van/Seckinger, Mike: Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis, München 2003. Abrufbar unter: <https://www.dji.de/veroeffentlichungen/literatursuche/detailansicht/literatur/1789-kooperation-mythos-und-realitaet-einer-praxis.html> (29.09.2023), S.29.

⁹ Ebd., S.9.

- „Kooperationsbeziehungen (...) verlaufen in unterschiedlich produktiven Phasen und haben prozessualen Charakter.“¹⁰
- Eine Kultur der Kooperation ist nicht unbedingt vom Finanzierungssystem abhängig. Basis muss die Fachlichkeit sein und die Netzwerkarbeit muss in diese Fachlichkeit eingebettet sein. (Antonio Brettschneider auf unserem Verbandstag im Mai 2023)

Kooperation als Strategie zur Passung von Angebot und Nachfrage

„Die Debatte über Vernetzung ist ein Diskurs über die Folgeprobleme gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse (...) [und] Reaktion auf die Pluralisierung von Hilfsangeboten, auf die große Unübersichtlichkeit und auf die oftmals große Lebensweltferne einzelner Spezialdienste. Durch Kooperation soll die Anschlussfähigkeit der Hilfsangebote an die sich immer stärker ausdifferenzierenden gesellschaftlichen Subsysteme hergestellt werden (...).“¹¹

„Je spezialisierter und differenzierter die formalen Hilfesysteme werden, desto höher wird ihre Problemlösungskompetenz und desto geringer ihre Lebensweltorientierung. Dies wiederum hat zur Folge, dass sie zwar theoretisch adäquater auf einzelne Aspekte von Problemlagen reagieren können, die Wirksamkeit der Interventionen und Unterstützungsleistungen aber ungewiss bleibt, weil mit zunehmendem Verlust der Lebensweltorientierung die Wirksamkeit der Maßnahmen sinkt, da bestimmte Gruppen von Klienten und zu viele Aspekte sozialer Probleme ausgeblendet werden. Sie passen einfach nicht in das rigide Schema der ausdifferenzierten Angebote. Die Folge davon ist allen bekannt: Die Klienten irren von einer Stelle zur nächsten, ohne dass ihnen geholfen wird, da sich niemand für sie zuständig fühlt. Die Fülle von Wahlmöglichkeiten ist für die Klienten verbunden mit einem Verlust an Ganzheitlichkeit, durch eine noch größere Unübersichtlichkeit und neue Nutzungs- und Zugangsbarrieren. Den umgekehrten Weg zu beschreiten, hilft bei der Lösung dieser Dilemmata aber auch nicht weiter, da ein geringerer Grad von Ausdifferenzierung die jeweiligen spezifischen Problemlösungskompetenzen verringert und dadurch die Chancen für einen Erfolg professionellen Handelns ebenfalls sinken. Es gibt also systemimmanente Grenzen für die Leistungssteigerung des sozialen Systems durch eine weiter fortschreitende Aus- oder Entdifferenzierung. Ein Ausweg aus diesen Dilemmata könnte in der Vernetzung und Kooperation sozialer Dienste liegen. (...) Zusammenfassend kann man also festhalten, dass die Leistungssteigerung der sozialen Versorgung durch eine Diversifikation des Systems ihren Grenznutzen erreicht hat (...). Strategien werden notwendig, um eine verbesserte Passung von Angebot und Nachfrage zu erzielen. Die konsequente Umsetzung des Kooperations- und Vernetzungsgedankens scheint eine solche Strategie zu sein.“¹²

Gesetzlich vorgeschriebene Kooperation

„Gesetzliche Kooperationsaufforderungen sowie Richtlinien und andere Kooperationsempfehlungen bewirken, dass die Schwelle, sich auf Kooperationen einzulassen, sinkt. Gesetzliche Vorgaben sind also ein starkes Argument für Kooperation. Allerdings zeigen die Feldstudien in der Kinder- und Jugendhilfe, dass solche Vorgaben nicht ausreichen, um eine lebhaftige Kooperation zu etablieren. Obwohl die Zusammenarbeit im Kinder- und Jugendhilfeausschuss sowie die in Arbeitskreisen zur Jugendhilfeplanung gesetzlich klar geregelt ist, gibt es hier unterschiedlich intensive Kooperationen. Gesetzliche Regelungen zu oder auch Empfehlungen für Kooperationen sind förderliche, aber noch lange keine hinreichenden Bedingungen, um dort Kooperationen zu etablieren. So sind gesetzlich

¹⁰ Ebd., S.353.

¹¹ Ebd., S.13.

¹² Ebd., S.15-16.

vorgeschriebene bzw. auch von übergeordneten Fachbehörden empfohlene Kooperationen in etlichen Jugendamtsbezirken nicht realisiert. Gesetzliche Vorgaben schaffen in der Kinder- und Jugendhilfe weder Vertrauen, noch lösen sie Steuerungsfragen oder tragen für sich genommen zur Klärung von Macht- und Ressourcenfragen bei. Auch wird durch Kooperationsempfehlungen oder gesetzliche Regelungen keine Klarheit in das komplexe Verhältnis zwischen Individuum, Herkunftsorganisation und Kooperationsgremium gebracht.“¹³

Das dynamisches 4x4-Konfigurationsmodell¹⁴

Das Modell stellt eine Taxonomie von Kooperation dar, mit deren Hilfe Bedingungskonstellationen von Kooperation beschreibbar, Kooperationsprozesse besser verstehbar und Erfolgchancen der Kooperation, gemessen an ihren eigenen Zielsetzungen, abschätzbar werden.

Dimension 1: Status

Dimension 2: Verbindlichkeit

Dimension 3: Ressourcen

Dimension 4: Referenzsystem

Ebene 1: Individuum

Ebene 2: Herkunftsorganisation

Ebene 3: Kooperationszusammenhang

Ebene 4: Makroebene/ Gesellschaft

Es beantwortet nicht die Frage, wann Kooperation eine adäquate Strategie zur Bearbeitung anstehender Aufgaben darstellt. Es lassen sich damit aber z.B. systematisch die Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation beschreiben. So sind auf individueller Ebene etwa die Bereitschaft zur Kooperation und Kommunikationskompetenz wichtige Voraussetzungen.

Auf der Ebene des Kooperationszusammenhangs ist eine explizite Verständigung über gegenseitige Erwartungen, Ziele und Arbeitsformen sowie die zeitliche Perspektive notwendig. Auch eine Verständigung über die zur Verfügung stehenden Ressourcen muss stattfinden, etwa Arbeitszeit, Informationen, Eigenständigkeit sowie Geldmittel. Personelle Kontinuität und vertrauensbildende Maßnahmen können auf Ebene des Kooperationszusammenhangs darüber hinaus eine Gelingensbedingung für Kooperation sein. Auf individueller Ebene müssen Kooperationsziele und die individuellen und fachlichen Ziele der konkreten Personen gegenseitig anschlussfähig sein. Informationen aus dem Kooperationszusammenhang müssen von der/dem VertreterIn selbst in die Herkunftsorganisation hineinragen werden. Bei den Herkunftsorganisationen wiederum müssen Kooperationsaktivitäten institutionell verankert werden, um eine größtmögliche institutionelle Unabhängigkeit von der kooperierenden Person zu erreichen, damit eine Kooperation bei einem personellen Wechsel möglichst wenig beeinträchtigt wird. Der für die Kooperation notwendige Zeitaufwand und Arbeitseinsatz ist als originärer Bestandteil der Arbeitszeit und -aufgaben der kooperierenden Person anzuerkennen (z. B. in einer Tätigkeitsbeschreibung) usw.

„Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass eine institutionelle, aus einer entsprechenden Kooperationsstrategie abgeleitete Unterstützung der kooperierenden Personen

¹³ Ebd., S. 341.

¹⁴ Ebd., S.397 ff.

geboten ist. Nur wenn diese gegeben ist, ist es für diese Personen möglich, dezidiert als VertreterInnen einer Institution zu agieren.“¹⁵

Die Bedeutung von persönlichen Beziehungen für Kooperationen steigt dann, wenn keine formalen (gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrenswege) oder andere stark normative Regeln (der eigene Träger muss auf seine Interessen achten; institutionelle Zwänge werden größer; Vertretungsfunktion steht mehr im Vordergrund) existieren. Also, je offener die Situation, desto entscheidender wird die Qualität der persönlichen Beziehungen.

Zusammenarbeit nach § 96 SGB IX

„Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen Akteuren im Hilfeerbringungsprozess ist gerade im Hinblick auf die Menschen mit komplexen Hilfebedarfen ein seit langem gefordertes Paradigma. (...) Die Regelung (§96 SGB IX) verpflichtet die Träger der Eingliederungshilfe allgemein zur Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern und anderen Stellen, deren Aufgabe die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen betrifft. Hierdurch soll gewährleistet sein, dass sich die Leistungen „zum Wohle des Leistungsempfängers wirksam ergänzen“ (§ 17 (3) SGB I).

So wie der Leistungserbringer die Qualität und Wirksamkeit nachzuweisen hat, müsste sich diese Forderung auch an die Leistungsträger hinsichtlich ihrer Kooperation richten. Darüber hinaus: Dem Zusammenwirken unterschiedlicher Leistungsträger und -erbringer auch im Sinne der Grundsätze des § 17 SGB I ausgestaltet werden.

Wir beobachten im Umsetzungsprozess in den Ländern, dass gerade auf der Ebene des Einzelfalls die Verpflichtung zur Zusammenarbeit bestenfalls von vielen Leistungsträgern missverstanden wird. Nicht wenige Leistungsträger scheinen ihre Verantwortung darin zu sehen, Bedarfe zu erheben, Verwaltungsverfahren zu erlassen und Leistungserbringer als ausführende Dienstleister zu verstehen. Eine Zusammenarbeit der professionell Tätigen in einer Verantwortungsgemeinschaft gegenüber der Leistungsberechtigten, im Sinne einer gemeinsam erbrachten Dienstleistung wie aus einer Hand scheint in weiter Ferne. Dies muss sich ändern.“¹⁶

„Die psychosoziale Versorgung wird insbesondere gebildet durch Leistungen

- der Grundsicherung (SGB II)
- des Gesundheitswesens (SGB V)
- der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)
- der Eingliederungshilfe und der Teilhabe (SGB IX)
- der Pflege (SGB XI)
- der Sozialhilfe (SGB XII) und
- des sozialen Entschädigungsrechtes (SGB XIV)

Diese Übersicht zeigt, dass das gegliederte System sozialer Leistungen einen hohen Koordinierungs- und Vernetzungsbedarf braucht, damit Leistungen verschiedener Leistungsträger ineinander greifen und sich gegenseitig ergänzen.“¹⁷

¹⁵ Ebd., S.365.

¹⁶ DGSP: Zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes, S.9.

¹⁷ Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.: Profil der Fachgruppe "Psychosoziale Versorgung", Abrufbar unter <https://www.dgvt.de/wir-ueber-uns/fachgruppen/psychosoziale-versorgung/> (29.11.2023).

„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI = severe mental illness) haben oftmals einen Bedarf an Hilfen aus verschiedenen Bänden des Sozialgesetzbuchs, insbesondere aus SGB V und IX, aber auch aus SGB II/III, VI, VIII, XI und XII, sowie aus mehreren Sektoren (ambulant, teilstationär, stationär, stationsäquivalent).

Nicht immer kommen alle Hilfen zum Tragen, die individuell indiziert wären, und meist werden sie unverbunden nebeneinander her geleistet, weil sowohl die Leistungsträger bzw. deren einzelne Abteilungen als auch Leistungserbringer die Angebote getrennt voneinander organisiert haben. Es fehlt an Leistungen, die alle einzelnen Hilfen initiieren und miteinander zu Komplexleistungen verbinden. Gemeint sind

- eine personell kontinuierliche Bezugsbegleitung mit Anker- und Lotsenfunktion, idealerweise für die gesamte Dauer der Hilfsbedürftigkeit, und
- eine fallbezogene intensive Vernetzung und Koordination aller beteiligten Dienste unter Einschluss des/der Hilfesuchenden und ihres/seines privaten sozialen Umfelds.“¹⁸

Forderung:

- Es muss verpflichtende Kooperationsverträge geben, sowohl in den Gesetzen, als auch in Landesrahmenverträgen, Leistungs- und Vergütungsverträgen.
- Bei allen Kooperationsvorgaben müssen die zur Verfügung stehenden Ressourcen geprüft werden
- Von fragmentierten Diensten sollten wir zu mehr Kooperation und Vernetzung kommen. Netzwerke sollten Autonomie gewähren und fördern
- Vernetzung darf nichts Zusätzliches, sondern sollte Teil der normalen Arbeit sein
- Ein flächendeckender Standard von vernetzten sozialen Dienstleistungen und Infrastruktur auf kommunaler Ebene ist zu entwickeln
- Kooperation und Vernetzung ist über den Säulen zu schaffen: in Leitbildern der Leistungserbringer, Arbeitsplatzbeschreibungen, Rahmenverträgen

Weiterführende Literatur:

- Ungewitter, C., Böttger, D., El-Jurdi, J. *et al.* Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker. *Nervenarzt* **84**, 307–314 (2013). <https://doi.org/10.1007/s00115-011-3433-1>

7. Förderung der Beteiligungskompetenz

Vorbemerkungen

Diese Vorbemerkungen entstammen dem Einführungsvortrag von Christel Achberger in das Thema des Verbandstags.

Grundsätze der Selbstbestimmung:

- UN-BRK Artikel 3:

¹⁸ Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.: Vorschlag zur Schaffung sektoren- und rechtskreisübergreifender Komplexleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Abrufbar unter: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Positionen/Positionspapier_Komplexleistung_en.pdf (29.11.2023), S.1.

Die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner Autonomie, seiner individuellen Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit im Sinne von Selbstbestimmung

- WHO 2021

Leitsätze für gemeindenaher psychiatrische Dienste: Personenzentriert, menschenrechtsbasiert, recovery-orientiert

- SGB I § 1

„Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll ... dazu beitragen, ... gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, ..., zu schaffen...“

- SGB IX § 1

„Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen ..., um ihre Selbstbestimmung und ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.!

- S3 Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihren individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollten befähigt und die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse in individuell bestimmen zu können (Selbstbefähigung, Empowerment).“

Problem:

- In der KSV-Richtlinie steht nichts davon, dass es darum geht die Selbstbestimmung der Menschen zu gestalten. Es wird häufig vergessen, für wen Gesetzestexte und Richtlinien überhaupt gemacht werden und wem sie nützen sollen. (Brettschneider)
- mangelnde Transparenz im System erschwert selbstbestimmte und informierte Entscheidungen
- Menschen finden sich im Dschungel der Leistungen nicht oder nur schwer zurecht
- erhöhte Zugangsbarrieren insbesondere für benachteiligte Personengruppen und für Menschen mit komplexen Hilfebedarfs und Problemlagen
- Brüche in der Versorgungskontinuität
- Widersprüchliche Anforderungen unterschiedlicher Systeme erzeugen Orientierungsunsicherheit und Passungsprobleme

(Brettschneider 2022 anlässlich der DGSP Tagung „Sozialpsychiatrie“)

Forderung:

- Menschen müssen das Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen können. Das ist im SGB verankert, es gibt aber keine Maßnahmen dazu. Eine systematische Förderung der Eigenkompetenz in Einrichtungen muss stattfinden.

8. 24/7: Entscheidungen müssen getroffen werden können, Anlaufstellen erreichbar sein, SGB IX-Zugänge möglich

Vorbemerkungen:

„Nachts oder am Wochenende stehen leider oft nur Angebote zur Verfügung, die über keinerlei oder nur über wenig psychiatrische Erfahrung verfügen.

Hier ist zunächst der ärztliche Notdienst zu nennen, der mit Ärzten aller Fachrichtungen umschichtig besetzt ist. Mag ein Hautarzt oder Augenarzt aus seiner medizinischen Grundausbildung noch über Kenntnisse im Umgang mit Herzinfarkten oder Asthmaanfällen verfügen, so kann von ihm nicht der erforderlich angemessene Umgang mit einem erregten oder verängstigten Menschen erwartet werden.

Ferner steht besonders bei zur Gewalt neigenden Situationen die Polizei zur Verfügung. Zwar gibt es Polizisten, die ein bemerkenswertes Fingerspitzengefühl bei der Entschärfung konflikträchtiger Situationen entwickeln; Erfahrungen im Umgang mit psychisch kranken Menschen gehören aber nicht zum alltäglichen Handwerkszeug eines Polizeibeamten.

Besonders diejenigen Angehörigen, die mit einem psychisch kranken Familienmitglied zusammenleben oder anderweitig einen sehr engen Kontakt haben, fordern deshalb seit Jahren die Einrichtung flächendeckender Krisendienste. Neben den Fachärzten der zuständigen psychiatrischen Klinik sind hier auch die niedergelassenen Nervenärzte gefordert, einen rund um die Uhr verfügbaren psychiatrischen Notfalldienst aufzubauen. Der gesetzlich geregelte Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen für eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung muss auch die Notfallversorgung einschließen. (...)

Bei gutem Willen und der entsprechenden Politik der zuständigen kommunalen Instanzen und psychosozialen Einrichtungen ist daher ein psychosozialer Krisendienst ohne Weiteres und mit vertretbarem finanziellen Mehraufwand zu organisieren, wie es z. B. in Bielefeld, Berlin, München und in Stuttgart geschehen ist. Ein fachärztlicher psychiatrischer Notdienst muss nicht in allen Fällen hinzugerufen werden, sodass dieser als Hintergrunddienst auch von wenigen Fachärzten zu leisten ist.

Ein zuverlässig funktionierender Krisendienst wirkt paradoxerweise mitunter bereits durch seine bloße Existenz entlastend, ohne dass er konkret tätig werden muss. Schon das Wissen oder die gelegentlich gemachte Erfahrung, dass im Notfall rasch Unterstützung von außen verfügbar ist, kann es den Beteiligten erleichtern, mit einer kritischen Situation zunächst allein zurechtzukommen. Umgekehrt können Krisensituationen durch die Erfahrung verstärkt und dramatisiert werden, dass in den nächsten Stunden oder gar Tagen voraussichtlich keine fremde Hilfe verfügbar sein wird.

Die Bedeutung und die Wirksamkeit von Krisendiensten sind deshalb nicht danach zu beurteilen, wie oft der Dienst innerhalb eines bestimmten Zeitraumes tatsächlich gerufen wird. Das Bestehen von Krisendiensten vermittelt ein höheres Maß an Sicherheit. Diese Sicherheit kann in manchen Fällen dazu beitragen, das Entstehen von Krisen zu vermindern oder abzumildern.

Beispiele

- Krisenzentrum Dortmund
- Krisendienst Psychiatrie Oberbayern
- Krisendienst des Psychosozialen Trägervereins Solingen
- Krisen- und Notfalldienst der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart

- Übersicht Krisendienste und Beratungsstellen¹⁹

Forderung:

- Durch Kooperation und Vernetzung müssten Beratungszeiten unterschiedlicher Träger so aufeinander abgestimmt werden, dass eine 24/7 Deckung möglich ist.

Weiterführende Literatur:

- Aktion Psychisch Kranke: Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen (2014). Tagungsdokumentation, abrufbar unter: [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK - Tagungsberichte - Band 040.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK_-_Tagungsberichte_-_Band_040.pdf) (29.11.2023).

9. Umfassende, zeitnahe und zeitgemäße Leistungen nach SGB I

Vorbemerkungen:

Nach der Klinikbehandlung werden Betroffene in Behandlungssettings entlassen und nicht immer umfassend beraten. Dabei wird bereits im Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquete definiert, dass ein bedarfsgerechtes, regional gegliedertes psychiatrisches Versorgungssystem dann umfassend ist, „wenn es auf verschiedenen Ebenen die notwendige Anzahl ausreichend differenzierter, miteinander verknüpfter Dienste (allgemeine und spezialisierte) für alle Kategorien von Hilfsbedürftigen zur Verfügung stellt. Es setzt sich dementsprechend aus einer Vielzahl an der Versorgung unterschiedlich beteiligter Institutionen zusammen. Generelles Ziel aller Dienste ist es, die psychische Gesundheit bei allen Kranken und Behinderten so rasch wie möglich wieder herzustellen und sie von jedweder Betreuung unabhängig zu machen. Um das Prinzip der Kontinuität der Behandlung angemessen in die Praxis umzusetzen, ist es erforderlich, dass die einzelnen beteiligten Institutionen nicht nebeneinanderher arbeiten, sondern in das Gesamtsystem flexibel integriert werden. In der Vorsorge, dem Zusammenspiel zwischen ambulanten und stationären Diensten, in der Nachsorge und bei den Maßnahmen zur Wiedereingliederung dürfen weder Versorgungslücken noch Doppel- oder gar Mehrfachbetreuungen auftreten.“²⁰

Dieses Verständnis von Versorgung findet sich auch in den SGB wieder. In SGB I § 17 (1) heißt es: „Die Leistungsträger sind verpflichtet darauf hinzuwirken, dass 1. jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält (...).“

Problem:

Selbstbestimmung, umfassende Leistungen, Komplexleistungen werden durch die Fragmentierung erschwert. „Unsere politisch administrative Organisation tendiert dazu, Teilprobleme isoliert, und in dem Zuschnitt zu behandeln, der der jeweiligen Zuständigkeitsregelung entspricht. Dieser Zuschnitt entspricht immer seltener dem tatsächlichen Problemzusammenhang, und die Maßnahmen, die auf diese Weise in der politisch-administrativen Organisation beschlossen werden, sind immer weniger in der Lage, ein gegebenes Problem zu bearbeiten. Wichtige Problemaspekte bleiben unberücksichtigt,

¹⁹ Psychiatrienetz: Krisen- und Notfallhilfe, abrufbar unter: <https://www.psychiatrie.de/gemeindepsychiatrie/beratungbegleitung/krisen-notfallhilfe.html> (29.11.2023)

²⁰ Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – Drucksache 7/4200 Abschlussbericht Psychiatrie-Enquete, abrufbar unter: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/extern/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf (29.11.2023), S. 203.

häufig wird ein und dasselbe Problem von mehreren Stellen, mit unterschiedlicher Problemsicht, unterschiedlichen Zielen und widersprüchlichen Handlungsprogrammen bearbeitet; in aller Regel haben die einzelnen Maßnahmen völlig unkontrollierte und oft weitreichende Folgewirkungen, die dann in anderen Sektoren als unerwartete Störungen und Belastungen auftreten.“²¹

Forderung:

- Umsetzung des gesetzlich geforderten Entlassmanagements sicherstellen.
- Entlassmanagement unter Einbeziehung der regionalen Versorgungsverpflichtung.

Abkürzungsverzeichnis

APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BTHG	Bundesteilhabegesetz
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
NRW	Nordrhein-Westfalen
Psych-KG/KHG	Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation

Literaturverzeichnis

- Albers, Matthias/ Elgeti, Hermann, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland: Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste, Hannover 2018, s. <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/kernaufgaben-leistungsstandards-personalbedarf/> (29.11.2023).

²¹ Scharpf, Fritz W.: Planung als politischer Prozess, Aufsätze zur Theorie der planenden Demokratie, Frankfurt (Main), 1973, S.30.

- Aktion Psychisch Kranke e.V.: Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales „Entwurf zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz BTHG)“, Bonn und Berlin, 2016, s. https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/BTHG/Stellungnahme_Aktion_Psychisch_Kranke.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (29.11.2023)
- Brohl-Zubert, Uwe/ Corda-Zitzen, Stefan: Sozialraum: Ein Definitionsvorschlag. Das DGSP-Papier entstand im Rahmen des DGSP-Future-Projekts.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV) (Hrsg.): Positionspapier der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. zur Förderung einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung von Leistungserbringern für Menschen mit seelischen Behinderungen, 2021, s. https://www.bag-gpv.de/fileadmin/downloads/Positionspapier_BAG_GPV_Gemeinsame_Versorgungsv_erpflichtung_01-12-21.pdf (29.11.2023).
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.: Vorschlag zur Schaffung sektoren- und rechtskreisübergreifender Komplexleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Abrufbar unter: https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Positionen/Positionspapier_Komplexleistungen.pdf (29.11.2023).
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP): Zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes – Ein Zwischenruf, Berlin, 2022, s. https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/2022/22-10-19_DGSP_BTHG_Zwischenruf.pdf (29.11.2023).
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.: Profil der Fachgruppe "Psychosoziale Versorgung", Abrufbar unter <https://www.dgvt.de/wir-ueber-uns/fachgruppen/psychosoziale-versorgung/> (29.11.2023).
- Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – Drucksache 7/4200 Abschlussbericht Psychiatrie-Enquete, abrufbar unter: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/extern/Psychiatrie_Enquete_WEB.pdf (29.11.2023).
- Psychiatrienetz: Krisen- und Notfallhilfe, abrufbar unter: <https://www.psychiatrie.de/gemeindepsychiatrie/beratungbegleitung/krisen-notfallhilfe.html> (29.11.2023).
- Santen, Eric van/Seckinger, Mike: Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis, München 2003. Abrufbar unter: <https://www.dji.de/veroeffentlichungen/literatursuche/detailansicht/literatur/1789-kooperation-mythos-und-realitaet-einer-praxis.html> (29.11.2023).
- Scharpf, Fritz W.: Planung als politischer Prozess, Aufsätze zur Theorie der planenden Demokratie, Frankfurt (Main), 1973.

Hinweise und Aufforderungen zu Kooperation, Koordination, Vernetzung und Zusammenarbeit in den SGB

SGB I

§ 3 Bildungs- und Arbeitsförderung

... stehen. (2) Wer am Arbeitsleben teilnimmt oder teilnehmen will, hat ein Recht auf 1. **Beratung** bei der Wahl des Bildungswegs und des Berufs, 2. individuelle Förderung seiner beruflichen ...

§ 12 Leistungsträger

Zuständig für die Sozialleistungen sind die in den §§ 18 bis 29 genannten Körperschaften, Anstalten und Behörden (Leistungsträger). Die **Abgrenzung** ihrer **Zuständigkeit** ergibt sich aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs.

§ 14 Beratung (2 Treffer)

... hat Anspruch auf **Beratung** über seine Rechte und Pflichten nach diesem Gesetzbuch. Zuständig für die **Beratung** sind die Leistungsträger, denen gegenüber die Rechte geltend zu machen oder die Pflichten zu ...

§ 17 Ausführung der Sozialleistungen

(1) Die **Leistungsträger** sind verpflichtet, darauf **hinzuwirken**, daß

1. jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält,
2. die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen, (...)
- (3) **In der Zusammenarbeit** mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen wirken die Leistungsträger darauf hin, daß sich ihre Tätigkeit und die der genannten Einrichtungen und Organisationen zum Wohl der Leistungsempfänger **wirksam ergänzen**. Sie haben dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben zu achten. Die Nachprüfung zweckentsprechender Verwendung bei der Inanspruchnahme öffentlicher Mittel bleibt unberührt. Im übrigen ergibt sich ihr Verhältnis zueinander aus den besonderen Teilen dieses Gesetzbuchs ...

§ 28 Leistungen der Sozialhilfe (1 Treffer)

(1) Nach dem Recht der Sozialhilfe können in Anspruch genommen werden: 1. Hilfe zum Lebensunterhalt, 1a. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, 2. Hilfen zur Gesundheit,... 6. Hilfe in anderen Lebenslagen sowie die jeweils gebotene **Beratung** und Unterstützung. (2) Zuständig sind die Kreise und kreisfreien Städte, die ...

SGB II

§ 2 Grundsatz des Forderns (1 Treffer)

... Person muss aktiv an allen Maßnahmen zu ihrer Eingliederung in Arbeit mitwirken, insbesondere einen **Kooperationsplan** abschließen. Im Rahmen der vorrangigen Selbsthilfe und Eigenverantwortung sollen erwerbsfähige ...

§ 15 Potenzialanalyse und Kooperationsplan (7 Treffer)

... Person unter Berücksichtigung der Feststellungen nach Absatz 1 gemeinsam einen Plan zur Verbesserung der Teilhabe (Kooperationsplan) erstellen. In diesem werden das Eingliederungsziel und die wesentlichen Schritte zur Eingliederung ...

§ 15a Schlichtungsverfahren (1 Treffer)

... Ist die Erstellung oder die Fortschreibung eines **Kooperationsplans** aufgrund von Meinungsverschiedenheiten zwischen Agentur für Arbeit oder kommunalem Träger und leistungsberechtigter Person nicht möglich, so soll auf Verlangen ...

§ 18b Kooperationsausschuss (9 Treffer)

... zuständige oberste Landesbehörde und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bilden einen Kooperationsausschuss. Der Kooperationsausschuss koordiniert die Umsetzung der Grundsicherung für Arbeitsuchende auf ...

§ 28 Bedarfe für Bildung und Teilhabe (1 Treffer)

... gilt dies unter der Voraussetzung, dass die Mittagsverpflegung in schulischer Verantwortung angeboten wird oder durch einen **Kooperationsvertrag** zwischen Schule und Tageseinrichtung vereinbart ist. In den Fällen des Satzes 2 ist für die ...

§ 31a Rechtsfolgen bei Pflichtverletzungen (1 Treffer)

... innerhalb von vier Wochen nach Feststellung einer Leistungsminderung ein Beratungsangebot erhalten, in dem die Inhalte des **Kooperationsplans** überprüft und bei Bedarf fortgeschrieben ...

§ 44b Gemeinsame Einrichtung (2 Treffer)

... Ausübung ihres Weisungsrechts in Angelegenheiten grundsätzlicher Bedeutung befassen die Träger den **Kooperationsausschuss** nach § 18b. Der Kooperationsausschuss kann innerhalb von zwei Wochen nach Anrufung eine Empfehlung ...

§ 44d Geschäftsführerin, Geschäftsführer (3 Treffer)

... oder des Geschäftsführers erzielt werden, unterrichtet die oder der Vorsitzende der Trägerversammlung den **Kooperationsausschuss**. Der Kooperationsausschuss hört die Träger der gemeinsamen Einrichtung an und unterbreitet ...

§ 44e Verfahren bei Meinungsverschiedenheit über die Weisungszuständigkeit (5 Treffer)

... nach § 44b Absatz 3 und § 44c Absatz 2 können die Träger oder die Trägerversammlung den **Kooperationsausschuss** anrufen. Stellt die Geschäftsführerin oder der Geschäftsführer fest, dass sich ...

§ 47 Aufsicht (2 Treffer)

... mit der zuständigen obersten Landesbehörde. Kann ein Einvernehmen nicht hergestellt werden, gibt der **Kooperationsausschuss** eine Empfehlung ab. Von der Empfehlung kann das

Bundesministerium für Arbeit und Soziales nur aus ...

[§ 48b Zielvereinbarungen](#) (1 Treffer)

... alle Leistungen dieses Buches. Die Beratungen über die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 3 führen die **Kooperationsausschüsse** nach § 18b. Im Bund-Länder-Ausschuss nach § 18c wird für die Vereinbarungen ...

[§ 65 Übergangsregelungen aus Anlass des Zwölften Gesetzes zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze - Einführung eines Bürgergeldes](#) (2 Treffer)

... § 3 Absatz 2a in der bis zum 31. Dezember 2022 geltenden Fassung findet bis zur erstmaligen Erstellung eines **Kooperationsplans** nach § 15, spätestens bis zum Ablauf des 31. Dezember 2023, weiter Anwendung. (2) Sofern die ...

SGB III

[§ 9 Ortsnahe Leistungserbringung](#)

(3) Die Agenturen für Arbeit **arbeiten** zur Erfüllung ihrer Aufgaben mit den Gemeinden, Kreisen und Bezirken sowie den weiteren Beteiligten des örtlichen Ausbildungs- und Arbeitsmarktes **zusammen**, ... Die **Zusammenarbeit** [] erfolgt auf der Grundlage der Gegenseitigkeit.“

[§ 9a Zusammenarbeit mit den für die Wahrnehmung der Aufgaben der Grundsicherung für Arbeitsuchende zuständigen gemeinsamen Einrichtungen und zugelassenen kommunalen Trägern](#)

Beziehen **erwerbsfähige** Leistungsberechtigte nach dem Zweiten Buch auch Leistungen der Arbeitsförderung, so sind die Agenturen für Arbeit verpflichtet, eng mit den [] Einrichtungen und zugelassenen kommunalen Trägern **zusammenzuarbeiten**.

[§ 318 Auskunftspflicht bei Maßnahmen der beruflichen Aus- oder Weiterbildung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung](#)

(1) Arbeitgeber und Träger, bei denen eine Maßnahme der beruflichen Aus- und Weiterbildung, eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder eine Maßnahme nach § 45 durchgeführt wurde oder wird, haben der Agentur für Arbeit unverzüglich **Auskünfte** über Tatsachen **zu erteilen**, die Aufschluss darüber geben, ob und inwieweit Leistungen zu Recht erbracht worden sind oder werden. Sie haben Änderungen, die für die Leistungen erheblich sind, unverzüglich der Agentur für Arbeit **mitzuteilen**.

[§ 368 Aufgaben der Bundesagentur](#)

(5) Die Agenturen für Arbeit können die **Zusammenarbeit** mit Kreisen und Gemeinden in Verwaltungsvereinbarungen regeln.

SGB V

[§ 20a Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten](#) (1 Treffer)

... Zahl der erreichten Lebenswelten, zur inhaltlichen Ausrichtung der Leistungen sowie zu den

erreichten Zielgruppen und den **Kooperationspartnern** zu enthalten. (6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragt einen ...

§ 20b Betriebliche Gesundheitsförderung (4 Treffer)

... der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände durch **Kooperationsvereinbarungen**. Auf die zum Zwecke der Vorbereitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen gebildeten ...

§ 20f Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

(1) Zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auch für die Pflegekassen, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den in den Ländern zuständigen Stellen gemeinsame Rahmenvereinbarungen auf Landesebene. ...

(2) Die an den Rahmenvereinbarungen Beteiligten nach Absatz 1 treffen Festlegungen unter Berücksichtigung der bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 und der regionalen Erfordernisse insbesondere über

1. gemeinsam und einheitlich zu verfolgende Ziele und Handlungsfelder,
2. die **Koordinierung von Leistungen zwischen den Beteiligten**,
3. die einvernehmliche Klärung von Zuständigkeitsfragen,
4. Möglichkeiten der gegenseitigen Beauftragung der Leistungsträger nach dem Zehnten Buch,
5. die **Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst** und den Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe sowie über deren Information über Leistungen der Krankenkassen nach § 20a Absatz 1 Satz 2 und
6. die **Mitwirkung weiterer** für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanter Einrichtungen und Organisationen.

§ 20g Modellvorhaben (1 Treffer)

... Erreichung der in den Rahmenempfehlungen nach § 20d Absatz 2 Nummer 1 festgelegten gemeinsamen Ziele einzeln oder in **Kooperation** mit Dritten, insbesondere den in den Ländern zuständigen Stellen nach § 20f Absatz 1, Modellvorhaben ...

§ 39 Krankenhausbehandlung

(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein **Entlassmanagement** zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim **Übergang** in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.

Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen. ... Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des **Entlassmanagements** nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, **kooperieren** Kranken- und Pflegekassen miteinander. Das Entlassmanagement umfasst alle Leistungen, die für die Versorgung ...

§ 39d Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator (2 Treffer)

... sind übergreifende Koordinierungstätigkeiten, insbesondere 1. die Unterstützung der **Kooperation**

der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes und die Abstimmung und Koordination ihrer Aktivitäten im ...

§39e Übergangspflege im Krankenhaus

(1) Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein **Entlassmanagement**, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung.

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- (1) Reicht eine Ambulante Krankenhausbehandlung nicht aus, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein **Versorgungsvertrag** nach § 111c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein.
- (2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein **Vertrag** nach § 111 besteht. ... Kommt der **Rahmenvertrag** ganz oder teilweise nicht zustande oder 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 auf Antrag einer Vertragspartei. Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied.
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in **Richtlinien** nach § 92 bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können. ...
- (7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt **unter Beteiligung** der Arbeitsgemeinschaft nach § 282 (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) Indikationen fest, bei denen für eine medizinisch notwendige Leistung nach Absatz 2 die Zuzahlung nach Absatz 6 Satz 1 Anwendung findet, ohne daß es sich um Anschlußrehabilitation handelt.

§ 43b Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen

Versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche **Koordinierung** von Leistungen.

§ 63 Grundsätze der Weiterentwicklung der Versorgung

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenstellung zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

(2) Die Krankenkassen können Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

§ 64 Vereinbarungen mit Leistungserbringern

(1) Die Krankenkassen und ihre Verbände können mit den in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern Vereinbarungen über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen. Soweit die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist, können sie nur mit einzelnen Vertragsärzten, mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer oder mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Durchführung von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 schließen.

(4) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 können Modellvorhaben zur Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten durchführen.

§ 68a Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen (2 Treffer)

... Gemeinschaften von Leistungserbringern. (4) Die Förderung erfolgt entweder durch eine fachlich-inhaltliche Kooperation mit Dritten nach Absatz 3 oder durch einen Erwerb von Anteilen an Investmentvermögen nach § 263a, soweit sie mit ...

§ 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

(1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist.

...

(3) Dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind neben den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermittelnden Daten von den Vertragsparteien des Modellvorhabens insbesondere auch Informationen zur vereinbarten Art und Anzahl der Patientinnen und Patienten, zu spezifischen Leistungsinhalten und den der verhandelten Vergütungen zugrunde gelegten Kosten sowie zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens einschließlich der Auswertung nach § 65 mitzuteilen. Über Art und Umfang der zu meldenden Daten sowie zur Meldung von Modellvorhaben beim DRG-Institut schließen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 31. Dezember 2012 eine Vereinbarung.

(4) Private Krankenversicherungen und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich an Modellvorhaben nach Absatz 1 und deren Finanzierung beteiligen.

§ 64e Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen, Verordnungsermächtigung

(2 Treffer)

... bei den Leistungserbringern einschließlich Festlegungen zu Reevaluationszyklen sowie über die

aktive **Kooperation** der Leistungserbringer in einem Netzwerk, 6. die datenschutzkonforme, barrierefreie einheitliche Ausgestaltung ...

[§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung](#) (1 Treffer)

... (4) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in **Kooperation** mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die ...

[§ 73c Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz](#)

[§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung](#) (5 Treffer)

... unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der ...

[§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte](#) (3 Treffer)

... 3. Anforderungen an die **Koordination** und interprofessionelle Strukturierung der Versorgungsabläufe sowie die aktive **Kooperation** mit den weiteren an der Palliativversorgung beteiligten Leistungserbringern, Einrichtungen und betreuenden ...

[§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses](#)

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten;

(6b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine **berufsgruppenübergreifende, koordinierte** und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.

[§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung](#) (2 Treffer)

... Betriebs der Terminservicestellen, 8. Förderung telemedizinischer Versorgungsformen und telemedizinischer Kooperationen der Leistungserbringer. Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds ...

[§ 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung](#) (3 Treffer)

... die Versorgung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine **Kooperation** zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. ...

[§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen](#) (2 Treffer)

... Pflegeeinrichtungen haben einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des

§ 75 Abs. 1 **Kooperationsverträge** mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf ...

§ 132g Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (1 Treffer)

... sicherzustellen. Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 können das Beratungsangebot selbst oder in **Kooperation** mit anderen regionalen Beratungsstellen durchführen. (3) Der Spitzenverband Bund der ...

§ 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

(1) Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen sind in Fragen, die die Versorgung betreffen, nach Maßgabe der folgenden Vorschriften **zu beteiligen**.

(2) Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein **Mitberatungsrecht**; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

(8) Die von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung nach § 140g anerkannten Organisationen zur **Koordinierung** ihrer **Beteiligungsrechte** eingerichtete Stelle (**Koordinierungsstelle**) erhält für ihren Aufwand einen Betrag in Höhe von

§ 217 Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat ab dem 1. Juli 2008 die ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen, insbesondere durch [] Prozessoptimierungen (**Vernetzung** der Abläufe) für den elektronischen Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung, mit den Versicherten und mit den Arbeitgebern.

§ 275 Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,

2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere **zur Koordinierung der Leistungen** nach den §§ 14 bis 24 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,

3. bei Arbeitsunfähigkeit

a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder

b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes **einzuholen**.

§ 291b Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis (1 Treffer)

... Versorgung ermächtigt Krankenhäuser sowie die nach § 75 Absatz 1b Satz 3 auf Grund einer **Kooperationsvereinbarung** mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogenen zugelassenen Krankenhäuser sind ...

SGB VIII

§ 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (1 Treffer)

... Umgebung zu verschaffen sowie 2. Personen, die gemäß § 4 Absatz 3 des Gesetzes zur **Kooperation** und Information im Kinderschutz dem Jugendamt Daten übermittelt haben, in geeigneter Weise an der ...

§ 35a Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung

(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
2. eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, oder
3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten **einzuholen**.

§ 62 Datenerhebung (1 Treffer)

... bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a oder die Gefährdungsabwendung nach § 4 des Gesetzes zur **Kooperation** und Information im Kinderschutz oder 3. die Erhebung bei der betroffenen Person einen ...

§ 64 Datenübermittlung und -nutzung (1 Treffer)

... Erhält ein Träger der öffentlichen Jugendhilfe nach Maßgabe des § 4 Absatz 3 des Gesetzes zur **Kooperation** und Information im Kinderschutz Informationen und Daten, soll er gegenüber der meldenden Person ausschließlich ...

SGB IX

§ 9 Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe

(1) Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, prüft dieser unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich zur Erreichung der Ziele nach den §§ 1 und 4 erfolgreich sein können. Er prüft auch, ob hierfür weitere Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit **zur Koordinierung der Leistungen** zu beteiligen sind. Werden Leistungen zur Teilhabe nach den Leistungsgesetzen nur auf Antrag erbracht, wirken die Rehabilitationsträger nach § 12 auf eine Antragstellung hin.

§ 10 Sicherung der Erwerbsfähigkeit

(4) Die Rehabilitationsträger haben in den Fällen nach den Absätzen 1 und 2 auf eine frühzeitige Antragstellung im Sinne von § 12 nach allen in Betracht kommenden Leistungsgesetzen hinzuwirken und den Antrag ungeachtet ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entgegenzunehmen. Soweit es erforderlich ist, **beteiligen** sie unverzüglich die zuständigen Rehabilitationsträger zur **Koordinierung** der Leistungen nach Kapitel 4.

§ 32 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung; Verordnungsermächtigung

(1) Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung als niedrigschwelliges Angebot, das bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung steht. ...

(6) Die Bundesmittel für die Zuschüsse werden ab dem Jahr 2023 auf 65 Millionen Euro festgesetzt. Aus den Bundesmitteln sind insbesondere auch die Aufwendungen zu finanzieren, die für die Administration, die **Vernetzung**, die Qualitätssicherung und die Öffentlichkeitsarbeit der Beratungsangebote notwendig sind.

§ 36 Rehabilitationsdienste und -einrichtungen

(1) Die Rehabilitationsträger **wirken gemeinsam unter Beteiligung** der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hin, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Anzahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dabei achten die Rehabilitationsträger darauf, dass für eine ausreichende Anzahl von Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen keine Zugangs- und Kommunikationsbarrieren bestehen. Die Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände **werden beteiligt**.

§ 39 Aufgaben (1 Treffer)

... trägerübergreifende Fort- und Weiterbildung zur Unterstützung und Umsetzung trägerübergreifender **Kooperation** und Koordination, 5. die Erarbeitung trägerübergreifender Beratungsstandards und Förderung der ...

§ 46 Früherkennung und Frühförderung

(1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 umfassen auch
1. die medizinischen Leistungen der **fachübergreifend** arbeitenden Dienste und Einrichtungen sowie
2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in **fachübergreifend** arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind,

(2) Leistungen zur **Früherkennung** und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder umfassen weiterhin nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch **interdisziplinäre Frühförderstellen** oder [] zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum. ...

(3) Leistungen nach Absatz 1 werden in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen nach § 79 als **Komplexleistung** erbracht. Die Komplexleistung umfasst auch Leistungen zur Sicherung der Interdisziplinarität. ...

(4) In den **Landesrahmenvereinbarungen** zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern und den Verbänden der Leistungserbringer wird Folgendes geregelt:

1. die Anforderungen an interdisziplinäre Frühförderstellen, nach Landesrecht zugelassene Einrichtungen mit vergleichbarem interdisziplinärem Förder-, Behandlungs- und Beratungsspektrum und sozialpädiatrische Zentren zu Mindeststandards, Berufsgruppen, Personalausstattung, sachlicher und räumlicher Ausstattung, ...

4. die Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte für die als **Komplexleistung** nach Absatz 3 erbrachten Leistungen

(5) Die Rehabilitationsträger schließen Vereinbarungen über die pauschalierte Aufteilung der nach Absatz 4 Nummer 4 vereinbarten Entgelte für Komplexleistungen auf der Grundlage der Leistungszuständigkeit nach Spezialisierung und Leistungsprofil des Dienstes oder der Einrichtung, insbesondere den vertretenen Fachdisziplinen und dem Diagnosespektrum der leistungsberechtigten Kinder. ...

§ 86 Beirat für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen

(1) Beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird ein Beirat für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen gebildet, der das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Fragen der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen berät und bei **Aufgaben der Koordinierung** unterstützt. Zu den Aufgaben des Beirats gehören insbesondere auch

1. die Unterstützung bei der Förderung von Rehabilitationseinrichtungen und die Mitwirkung bei der Vergabe der Mittel des Ausgleichsfonds sowie

2. die Anregung und **Koordinierung** von Maßnahmen zur Evaluierung der in diesem Buch getroffenen Regelungen im Rahmen der Rehabilitationsforschung und als forschungsbegleitender Ausschuss die Unterstützung des Bundesministeriums bei der Festlegung von Fragestellungen und Kriterien.

§ 94 Aufgaben der Länder

...

(2) ... Sind in einem Land mehrere Träger der Eingliederungshilfe bestimmt worden, unterstützen die obersten Landessozialbehörden die Träger bei der Durchführung der Aufgaben nach diesem Teil. Dabei sollen sie insbesondere den **Erfahrungsaustausch** zwischen den Trägern sowie die Entwicklung und Durchführung von **Instrumenten zur zielgerichteten Erbringung und Überprüfung von Leistungen** und der Qualitätssicherung einschließlich der Wirksamkeit der Leistungen fördern.

(3) Die Länder haben auf flächendeckende, bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote von Leistungsanbietern hinzuwirken und unterstützen die Träger der Eingliederungshilfe bei der Umsetzung ihres Sicherstellungsauftrages.

(4) Zur Förderung und Weiterentwicklung der Strukturen der Eingliederungshilfe bildet jedes Land eine **Arbeitsgemeinschaft**.

§ 95 Sicherstellungsauftrag

Die Träger der Eingliederungshilfe haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine personenzentrierte Leistung für Leistungsberechtigte unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag), soweit dieser Teil nichts Abweichendes bestimmt. Sie

schließen hierzu **Vereinbarungen mit den Leistungsanbietern** nach den Vorschriften des Kapitels 8 ab. Im Rahmen der Strukturplanung sind die Erkenntnisse aus der Gesamtplanung nach Kapitel 7 zu berücksichtigen.

§ 117 Gesamtplanverfahren

(1) Das **Gesamtplanverfahren** ist nach folgenden Maßstäben durchzuführen:

1. **Beteiligung** des Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten, beginnend mit der Beratung,
2. Dokumentation der Wünsche des Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Leistungen,
3. Beachtung der Kriterien
 - a) transparent,
 - b) **trägerübergreifend**,
 - c) **interdisziplinär**,
 - d) konsensorientiert,
 - e) individuell,
 - f) lebensweltbezogen,
 - g) sozialraumorientiert und
 - h) zielorientiert,
4. Ermittlung des individuellen Bedarfes,
5. Durchführung einer Gesamtplankonferenz,
6. **Abstimmung der Leistungen** nach Inhalt, Umfang und Dauer **in einer Gesamtplankonferenz unter Beteiligung** betroffener Leistungsträger. ...

§ 119 Gesamtplankonferenz

(1) Mit Zustimmung des Leistungsberechtigten kann der Träger der Eingliederungshilfe eine **Gesamtplankonferenz** durchführen, um die Leistungen für den Leistungsberechtigten nach den Kapiteln 3 bis 6 sicherzustellen. Die Leistungsberechtigten, die beteiligten Rehabilitationsträger und bei minderjährigen Leistungsberechtigten der nach § 86 des Achten Buches zuständige örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe können dem nach § 15 verantwortlichen Träger der Eingliederungshilfe die Durchführung einer **Gesamtplankonferenz** vorschlagen. Den Vorschlag auf Durchführung einer Gesamtplankonferenz kann der Träger der Eingliederungshilfe ablehnen, wenn der maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann oder der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht.

(2) In einer Gesamtplankonferenz beraten der Träger der Eingliederungshilfe, der Leistungsberechtigte und **beteiligte** Leistungsträger gemeinsam auf der Grundlage des Ergebnisses der Bedarfsermittlung nach § 118 insbesondere über

1. die Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger und die gutachterliche Stellungnahme des Leistungserbringers bei Beendigung der Leistungen zur beruflichen Bildung nach § 57,
2. die Wünsche der Leistungsberechtigten nach § 104 Absatz 2 bis 4,
3. den Beratungs- und Unterstützungsbedarf nach § 106,
4. die Erbringung der Leistungen.

(3) Ist der Träger der Eingliederungshilfe Leistungsverantwortlicher nach § 15, soll er die **Gesamtplankonferenz** mit einer **Teilhabeplankonferenz** nach § 20 verbinden. Ist der Träger der Eingliederungshilfe nicht Leistungsverantwortlicher nach § 15, soll er nach § 19 Absatz 5 den Leistungsberechtigten und den Rehabilitationsträgern anbieten, **mit deren Einvernehmen** das Verfahren anstelle des leistenden Rehabilitationsträgers durchzuführen.

(4) Beantragt eine leistungsberechtigte Mutter oder ein leistungsberechtigter Vater Leistungen zur Deckung von Bedarfen bei der Versorgung und Betreuung eines eigenen Kindes oder mehrerer eigener Kinder, so ist eine Gesamtplankonferenz mit Zustimmung des Leistungsberechtigten durchzuführen. Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass diese Bedarfe durch Leistungen anderer Leistungsträger, durch das familiäre, freundschaftliche und nachbarschaftliche Umfeld oder ehrenamtlich gedeckt werden können, so informiert der Träger der Eingliederungshilfe mit Zustimmung der Leistungsberechtigten die als zuständig angesehenen Leistungsträger, die ehrenamtlich tätigen Stellen und Personen oder die jeweiligen Personen aus dem persönlichen Umfeld und **beteiligt** sie an der Gesamtplankonferenz.

§ 120 Feststellung der Leistungen

(1) Nach Abschluss der **Gesamtplankonferenz** stellen der Träger der Eingliederungshilfe und die beteiligten Leistungsträger ihre Leistungen nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen innerhalb der Fristen nach den §§ 14 und 15 fest. ...

(3) Wenn nach den **Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen** nach Teil 1 Kapitel 4 ein anderer Rehabilitationsträger die Leistungsverantwortung trägt, bilden die im Rahmen der Gesamtplanung festgestellten Leistungen nach den Kapiteln 3 bis 6 die für den Teilhabeplan erforderlichen Feststellungen nach § 15 Absatz 2.

§ 193 Aufgaben (1 Treffer)

... individuelles Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofil zur Vorbereitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt in enger **Kooperation** mit den schwerbehinderten Menschen, dem Auftraggeber und der abgebenden Einrichtung der schulischen oder beruflichen ...

SGB XI

§ 5 Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (2 Treffer)

... einem von ihm festzulegenden Schlüssel auf die Pflegekassen zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 verteilt, die **Kooperationsvereinbarungen** zur Durchführung kassenübergreifender Leistungen geschlossen haben. Auf die zum Zwecke ...

§ 7 c Pflegestützpunkte, Verordnungsermächtigung

2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und **Beratung** zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch ...
2. **Koordinierung** aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. **Vernetzung** aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

...

(6) Sofern die zuständige oberste Landesbehörde die Einrichtung von Pflegestützpunkten bestimmt hat, vereinbaren die Landesverbände der Pflegekassen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch und den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte. ... In den Rahmenverträgen nach Satz 1 sind die Strukturierung der **Zusammenarbeit mit weiteren Beteiligten** sowie die Zuständigkeit insbesondere für die **Koordinierung** der Arbeit, die Qualitätssicherung und die Auskunftspflicht gegenüber den Trägern, den Ländern und dem Bundesversicherungsamt zu bestimmen. Ferner sollen Regelungen zur Aufteilung der Kosten unter Berücksichtigung der Vorschriften nach Absatz 4 getroffen werden. Die Regelungen zur Kostenaufteilung gelten unmittelbar für die Pflegestützpunkte, soweit in den Verträgen zur Errichtung der Pflegestützpunkte nach Absatz 1 nichts anderes vereinbart ist.

§ 12 Aufgaben der Pflegekassen (1 Treffer)

... und zahnärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen darauf hin, dass die stationären Pflegeeinrichtungen **Kooperationen** mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder § 119b des Fünften Buches ...

§ 114 Qualitätsprüfungen (1 Treffer)

... sind. Sie sollen insbesondere auf Folgendes hinweisen: 1. auf den Abschluss und den Inhalt von **Kooperationsverträgen** oder die Einbindung der Einrichtung in Ärztenetze, 2. auf den Abschluss von Vereinbarungen ...

KSV-Psych RL

§1 Zweck und Versorgungsziele

(3) Das Ziel dieser Richtlinie soll unter Einbeziehung des Patientenwillens durch folgende Maßnahmen erreicht werden: 9. Strukturierter Austausch und Erleichterung der **Kooperation** mit Einrichtungen außerhalb des SGB V.

§ 3 Teilhabeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

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

1. Mitglied in einem Netzverbund nach Absatz 2 sind,
2. in Absatz 3 Satz 1 genannte Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer sind und einen **Kooperation**svertrag mit einem Netzverbund nach Absatz 3 abgeschlossen haben

...

(3) 1 Voraussetzung für die Teilhabeberechtigung nach Absatz 1 ist, dass der Netzverbund **Kooperation**sverträge, die den Vorgaben des § 6 entsprechen, abschließt mit mindestens 1. einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus

...

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

(4) Kann der Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie nicht von den Netzverbundmitgliedern und den Kooperationsvertragspartnern gedeckt werden, können im begründeten Einzelfall zusätzliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden.

...

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

...

(9) Netzverbundverträge und Kooperationsverträge sind der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung vorzulegen. 2 Erfüllen diese die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie, ist dem Netzverbund durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung zu erteilen. Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner nach Absatz 3 sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

§ 4 Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

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

§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

(1) Die Netzverbundmitglieder haben durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur sowie durch die Vereinbarung gemeinsamer Standards Sorge zu tragen, dass Patientinnen und Patienten in Krisen jederzeit betreut werden können. Dies kann auch in Kooperation mit ärztlichen Bereitschaftsdiensten oder anderen geeigneten Kooperationspartnern wie beispielsweise ambulante psychiatrische Pflegedienste oder Krankenhäuser gewährleistet werden, ...