

Tragende Gründe

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

Vom 21. März 2024

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	A. Allgemeines	5
2.1.1	§ 1 Zweck und Versorgungsziele	9
2.1.2	§ 2 Definition der Patientengruppe	14
2.1.3	§ 3 Transition	19
2.1.4	§ 4 Teilhabeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer	24
2.1.5	§ 5 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut	30
2.1.6	§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten	32
2.1.7	§ 7 Aufgaben und Organisation der Versorgung	34
2.2	B. Patientenversorgung	41
2.2.1	§ 8 Zugang	41
2.2.2	§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung	42
2.2.3	§ 10 Gesamtbehandlungsplan	45
2.2.4	§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs	46
2.2.5	§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie	48
2.3	C. Evaluation	50
2.3.1	§ 13 Evaluation	50
3.	Bürokratiekostenermittlung	51
4.	Verfahrensablauf	52

Legende

Erläuterungen zu in der KJ-KSVPsych-RL spezifisch verwendeten Begriffen

- **Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer:** Personen oder Einrichtungen und Personen, die Leistungen innerhalb des SGB V erbringen
- **Leistungserbringer (nicht gegendert):** Einrichtungen, die Leistungen innerhalb des SGB V erbringen
- **Akteure:** Personen oder Einrichtungen außerhalb des SGB V, die zwar eine wichtige Rolle in der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher spielen können, aber keine Leistungen nach dem SGB V erbringen (z.B. Jugendhilfe, Bildungseinrichtungen)
- **Zentrales Team:** Zusammenarbeit mindestens einer oder eines der in § 4 Absatz 1 Nummer 1 oder Nummer 3 genannten Ärztinnen und Ärzte und einer oder eines der in § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder Nummer 4 genannten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie einer nichtärztlichen koordinierenden Person als patientenindividuelles zentrales Team als Basis der KJ-KSVPsych-Versorgung
- **Erweitertes Team:** Bei Bedarf patientenindividuell gebildetes Team mit Leistungserbringerinnen, Leistungserbringern und / oder Akteuren, die in § 4 Absatz 5 und 6 genannt werden
- **Hilfesysteme:** SGB-übergreifende Leistungen (z. B. Jugendhilfe, Öffentlicher Gesundheitsdienst mit Frühen Hilfen, Kinder- und jugendpsychiatrischer Krisendienst, Psychosoziale Beratungsstellen)
- **Unterstützungssysteme:** Leistungen außerhalb der Sozialgesetzbücher (z. B. Bildungsbereich mit Kindertagesstätten, Schule und beruflicher Bildung) und relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld
- **Relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld:** Insbesondere Eltern, Ehe- oder Lebenspartnerinnen oder -partner, Geschwister und Kinder oder sonstige Personen, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit der Patientin oder des Patienten konfrontiert sind (z. B. gesetzliche Betreuerinnen oder Betreuer oder Betreuerinnen und Betreuer einer Wohngruppe für psychisch Erkrankte)
- **Stationär:** teilstationär, vollstationär oder stationsäquivalent

1. Rechtsgrundlage

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

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ist spezifisch auf die besonderen Bedürfnisse und Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche ausgerichtet.

Der besondere Behandlungsbedarf psychisch erkrankter Erwachsener unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von demjenigen psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Aufgrund dieses Umstandes, der Besonderheiten der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sowie vor dem Hintergrund einer relativ kurzen gesetzlichen Frist zur Erarbeitung der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V hatte sich der G-BA zunächst für eine Fokussierung der Patientengruppe ab dem vollendeten 18. Lebensjahr entschieden; die entsprechende Richtlinie (KSVPsych-RL) ist am 18.12.2021 in Kraft getreten (BAnz AT 17.12.2021 B3).

Im Anschluss hat der G-BA die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf erarbeitet.

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

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege sowie der entsprechenden Einrichtungen wie Praxen und Krankenhäusern.

In der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem gesetzlichen Auftrag¹ nach § 92 Absatz 6b SGB V wird ausgeführt: „Der vorgesehene Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung psychisch Kranker wird dahingehend konkretisiert, dass er sich insbesondere auf die Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bezieht. Um klarzustellen, dass sich der Regelungsauftrag nicht allein auf die psychotherapeutische Versorgung bezieht, sondern in die Koordinierung der Versorgung insbesondere auch die psychiatrische Versorgung und weitere gegebenenfalls erforderliche Versorgungsbereiche einzubeziehen sind, sind die Regelungen des G-BA in einer neuen eigenständigen Richtlinie zu treffen. Der Regelungsauftrag wird daher in einen neuen Absatz 6b verschoben. In Anlehnung an die für die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA in Absatz 6a Satz 1 vorgesehene Klarstellung, wonach der G-BA Regelungen treffen kann, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren, wird für den neuen Regelungsauftrag nach Absatz 6b vorgesehen, dass der G-BA hierbei Regelungen treffen kann, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Darüber hinaus hat der G-BA für diese Patientengruppe auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“². Aus der Begründung des Gesetzentwurfs, die mit einem Änderungsantrag des Ausschusses für Gesundheit konkretisiert wurde, ergibt sich darüber hinaus: „Für eine berufsgruppenübergreifende Kooperation sollen Psychotherapeuten insbesondere mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zusammenarbeiten. Daneben können weitere Berufsgruppen, wie beispielsweise Soziotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegekräfte, in die koordinierte und strukturierte Versorgung einbezogen werden. Durch diese Versorgung sollen Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt erleichtert werden. Einzubeziehen sind somit auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie eine Vernetzung zur stationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d SGB V. Der G-BA kann leitliniengerechte Versorgungspfade festlegen, an denen sich die Leistungserbringer für eine strukturierte Versorgung orientieren. Durch abgestimmte Prozesse soll eine erhöhte Versorgungseffizienz erreicht werden. Zur Flexibilisierung des Versorgungsangebots sind hierbei auch niedrigschwellige Versorgungsangebote und erweiterte Gruppenangebote einzubeziehen [...]“³

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

¹ vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85 (Beschlussempfehlung und Bericht)

² Ebd.

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

2.1 A. Allgemeines

Vorbemerkung:

1. Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen, der Entwicklungsaspekt

Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ist geprägt von sehr unterschiedlichen Faktoren. Wir sprechen von einem biopsychosozialen Bedingungs-zusammenhang, in dem biologische, psychologische und soziale Faktoren sich wechselseitig beeinflussen. In der Kindheit und Jugend stellen jeweils erreichte Entwicklungsschritte wie auch bestehende Schwierigkeiten die Grundlage für jedwede weitere Entwicklung dar, so dass ihnen eine besondere Bedeutung für darauf aufsetzende Entwicklungsschritte zukommt, oftmals eine lebenslange Bedeutung im positiven wie negativen Sinne.

Zum entwicklungsbestimmenden Lebensumfeld gehören Eltern, Familien oder familienähnliche Strukturen bei Kindern, die in Heimeinrichtungen aufwachsen, die Peers, das gesamte soziale und ökonomische Umfeld, Kindertagesstätte, Schule, Ausbildung aber auch Elemente der Freizeitgestaltung, z. B. Vereine. All diese Bereiche sind für die Entwicklung von Bedeutung und bieten Möglichkeiten, die Entwicklung von Kindern wesentlich zu beeinflussen, sowohl negativ wie auch positiv. Sie stellen in unterschiedlicher Weise Risiken und wichtige Ressourcen dar. Sie können zu schweren psychischen Erkrankungen führen, sie können Entwicklungsdefizite hervorrufen, die ganz unterschiedliche Lebensbereiche betreffen und die bei unzureichender Behandlung zu lebenslangen Teilhabe-Einschränkungen führen, sie können andererseits aber auch genutzt werden, um Kinder in ihrer Entwicklung zu unterstützen, eventuell bestehende Defizite eines Bereichs auszugleichen, deren pathogene Bedeutung ggf. wenigstens abzumildern.

Die überaus große Bedeutung des Entwicklungsaspekts für diese Altersgruppe wie auch die noch bestehende große existenzielle wie auch juristische Abhängigkeit der Kinder und Jugendlichen von ihrem bestehenden Umfeld geben diesem eine besondere Bedeutung für die psychische Gesundheit junger Menschen ebenfalls mit Auswirkungen auf die gesamte Lebensspanne. Insofern sind Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen in der Regel immer trialogisch anzulegen.

2. Besonderheiten des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Hilfesystems

Die Behandlungs- und Hilfesysteme für Kinder- und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen unterscheiden sich aufgrund der Komplexität und der von Erwachsenen deutlich abweichenden Bedarfe in ihren Herangehensweisen oft sehr von den entsprechenden Strukturen und Abläufen für Erwachsene. Neben dem SGB V-Bereich mit seinen differenzierten Behandlungssettings ist die Jugendhilfe (das SGB VIII) mit ihren umfangreichen ambulanten, stationären und komplementären Hilfen ebenso zu nennen wie der Bildungsbereich mit Kindertagesstätten, Schule und der beruflichen Bildung, der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) mit Frühen Hilfen und der Kinder- und jugendpsychiatrische Krisendienst (KJPD) sowie viele andere Institutionen (spezielle Beratungs- und Kriseneinrichtungen, Justiz und andere).

Für alle nicht-volljährigen Kinder und Jugendlichen sind Hilfen unter Einbezug der Sorgeberechtigten zu planen, es braucht regelmäßig deren Einwilligung. Bezugspersonen sind je nach Alter der Patientinnen und Patienten zentrale Ansprechpartner für jegliche Hilfeplanung und -durchführung, entscheiden damit wesentlich mit über die zu treffenden Maßnahmen. Sie stellen andererseits auch sehr gut unterstützende Ressourcen für die jungen Patientinnen und Patienten dar, können ganz anders als im Erwachsenenbereich zur Verantwortungsübernahme und Partizipation herangezogen werden. Dementsprechend ist

ein trialogisches Vorgehen in dieser Altersgruppe in besonderem Maße anzustreben. Das soziale Umfeld ist auch über die engere Familie hinausgehend häufig mit eingebunden. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen kann dies als nahezu immer erforderlich betrachtet werden.

3. Zuweisungswege und Behandlungsplanung

Schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche werden in Abhängigkeit von ihrem Alter sowie von Ausprägung und Auswirkung der Störung in sehr unterschiedlichen Behandlungs- bzw. Hilfesettings vorgestellt. Die Auswahl dieser Anlaufstellen hängt nicht selten von eher sachfremden Faktoren ab: Die sehr unterschiedlichen Kenntnisse der Zuweiser von außerhalb wie auch innerhalb des SGB-V-Bereichs tätigen Fachkräften spielen hier eine Rolle, aber auch regional sehr unterschiedliche vorhandene Versorgungsangebote und Netzwerke sind bedeutsam für den Eintritt der Betroffenen in die Hilfesysteme. Regionale, ggf. auch überregionale Netzwerke sind von besonderer Bedeutung für die Allokation und damit die weiteren Hilfen. Bestehende Netzwerke sind bislang überwiegend dem persönlichen Engagement der jeweils Beteiligten geschuldet, und sie sind sehr stark durch die regionalen Gegebenheiten beeinflusst.

Da bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen bereits im Vorfeld einer fachspezifischen Therapie Familien, Schulen, Kindertagesstätten, Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Heilmittelerbringer, öffentliche und private Jugendhilfe und viele andere involviert sind, bestehen gerade bei den schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen oft bereits multiprofessionelle bzw. multimodale Hilfeansätze, die aber unzureichend koordiniert sind und damit weit unter ihren Möglichkeiten bleiben. Immer wieder führt die fehlende Koordination auch zu tatsächlich oder mindestens scheinbar widersprüchlichen Beratungen und Therapieansätzen, die letztlich dazu führen, dass auch bei bester Motivation der beteiligten Stellen im (unkoordinierten) Hilfesystem ihr Potenzial nicht vollständig ausgeschöpft werden kann. Dies im Gesundheitswesen allein mit individuellen Therapieangeboten auffangen zu wollen, wird der Problematik aus verschiedenen Gründen nicht gerecht: Es nutzt nicht das vorhandene Potenzial innerhalb und außerhalb des SGBV zur Gestaltung einer bestmöglichen Diagnostik und Therapie, es führt zu immer wieder erforderlichen Neueinschätzungen durch eine jeweils neue Anlaufstelle, die Einschätzungen sind sehr durch den Blickwinkel der einschätzenden Profession geprägt. Insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche benötigen oft über lange Zeiträume immer wieder auch nur fokal einzusetzende Unterstützungsmaßnahmen, für die bestehende Kontaktstellen aus den unterschiedlichen Bereichen gut zu nutzen sind. Es bedarf dann aber einer guten Koordination und vieler Absprachen unter den Beteiligten.

Es braucht eine koordinierte und kooperative Vorgehensweise, die spezifisch auf die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen und auf die tatsächlich vorhandenen und erreichbaren Angebote ausgelegt sind, um die Betroffenen gut und nachhaltig zu unterstützen.

Auf Grund der großen Verschiedenheiten sowohl der Bedarfe der schon durch die Altersspanne sehr inhomogenen Patientengruppe als auch der verfügbaren Angebote ist es unabdingbar, dass eine Richtlinie für Kinder und Jugendliche grundlegend neu erarbeitet wurde und nicht einfach auf Basis der KSVPsych-Richtlinie für Erwachsene an die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen angepasst werden kann. Gleichwohl wurde konsequent versucht, an allen Stellen, an denen es möglich erschien, die Erfahrungen aus der KSVPsych-Richtlinie für Erwachsene zu nutzen und in die Erarbeitung der KJ-KSVPsych-RL mit einzubeziehen.

* * *

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

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

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

Das Versorgungsangebot für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unterscheidet sich gegenüber der Erwachsenenversorgung durch eine geringere Dichte ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung einerseits sowie durch ein paralleles Unterstützungs- und Hilfesystem auf Basis weiterer Sozialgesetzbücher andererseits.

Daher wird einerseits auf die Bildung von Netzverbünden, wie in der Erwachsenen-Richtlinie, verzichtet, jedoch ein fachärztliches und psychotherapeutisches Zusammenwirken verbindlich vorgesehen, um ein fachliches vier-Augen-Prinzip zu etablieren sowie die Basis für eine intensivere Kooperation zu schaffen und die Abstimmung mit den Ansprechpersonen weiterer Hilfesysteme anderer Sozialgesetzbücher und weiterer Unterstützungssysteme, insbesondere aus den Bereichen von Kindertagesstätten, Schule und Ausbildungsstätten zu verbessern.

Ein weiterer Unterschied zur Erwachsenenversorgung entsteht durch die Regelungen zur Transition. Da an dieser Schnittstelle erfahrungsgemäß viele der insbesondere schwer psychisch erkrankten jungen Erwachsenen aus den Versorgungsstrukturen herausfallen, ist es von besonderer Bedeutung, die jungen Erwachsenen mit den möglichen Anschlussmaßnahmen gut vertraut zu machen und sie bei der Transition entsprechend zu begleiten.

Mit der Festlegung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugpsychotherapeutin oder eines Bezugpsychotherapeuten, die oder der die Verantwortung für das Ineinandergreifen der verschiedenen Versorgungsbestandteile entsprechend des Gesamtbehandlungsplans trägt, und einer nichtärztlichen koordinierenden Person, welche die Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen unterstützt, wird die persönliche Kontinuität über das Behandlungssetting hinweg gewährleistet.

Die beschriebene Situation findet Eingang in § 1 Absatz 1 und 2, in denen die Definition von Zielen und Unterzielen getroffen wird, und in Absatz 3 mit Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen sollen. Um eine berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Kooperation möglich zu machen, müssen die bestehenden Versorgungsangebote besser miteinander vernetzt werden. Im Sinne eines gestuften Versorgungssystems soll die Patientin oder der Patient abhängig von der vorliegenden Indikation, dem Schweregrad der Erkrankung und der Krankheitsphase die jeweils notwendige Krankenbehandlung erhalten.

Einen besonderen Schwerpunkt der Richtlinie bilden die Vorgaben zur patientenbezogenen Koordination der Leistungen im Einzelfall im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. Damit wird die erforderliche Grundlage für den Aufbau einer auf Vertrauen gegründeten Beziehung geschaffen. Mit der Festlegung einer patientenindividuellen Bezugssärztin oder eines Bezugssarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, die oder der die Verantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess trägt, wird die persönliche Kontinuität während der Versorgung nach dieser Richtlinie über das Behandlungssetting hinweg gewährleistet.

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

Die Richtlinie wird in drei Abschnitte unterteilt:

Abschnitt A (Allgemeines) umfasst neben dem Zweck und den Versorgungszielen (§ 1) auch die Definition der Patientengruppe (§ 2) und Vorgaben für eine nahtlose Überleitung für Jugendliche und junge Erwachsene in die Erwachsenenversorgung (Transition, § 3). Weitere Inhalte sind die Festlegung der an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten sowie weiterer bei Bedarf einzubindender bzw. zu berücksichtigender Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (§ 4), die Definition der Bezugssärztin oder des Bezugssarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten (§ 5), die Definition der zuständigen Berufsgruppen für die Koordination der Patientinnen und Patienten (§ 6) sowie in § 7 Festlegungen zu Aufgaben und Organisation der Versorgung.

Abschnitt B (Patientenversorgung) stellt die Patientenversorgung in den Mittelpunkt und konkretisiert den Zugang (§ 8) sowie die Diagnostik und Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 9). Darüber hinaus werden Regelungen zum Gesamtbehandlungsplan (§ 10) getroffen. Weitere Paragraphen beinhalten Vorgaben zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 11), zur Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 12).

Abschnitt C (Evaluation) enthält Vorgaben zur Evaluation der KJ-KSVPsych-RL (§ 13).

2.1.1 § 1 Zweck und Versorgungsziele

Absatz 1:

In Absatz 1 wird der Gegenstand der Richtlinie vorgegeben. Die Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Die Regelungen dieser Richtlinie beziehen sich nur auf Kinder und Jugendliche bzw. junge Erwachsene und ergänzen damit das Versorgungsangebot, das mit der KSVPsych-Richtlinie im Jahr 2021 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für Erwachsene etabliert wurde. Bei der Behandlung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen spielt darüber hinaus die Berücksichtigung der verschiedenen Akteure der Sozialgesetzbücher sowie des unmittelbaren lebensweltlichen Umfelds bspw. durch Kita und Schule oder weitere relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld eine große Rolle, daher wird diese Zielsetzung unmittelbar im ersten Absatz verankert.

Auch wenn der G-BA nur jene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des § 91 Absatz 6 SGB V rechtlich binden kann, hat ein solches Zusammenwirken gerade im Bereich der insbesondere schwer psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen erhebliche Relevanz für die Versorgungsverbesserung in Bezug auf die koordinierte und vor allem kontinuierliche Behandlung dieser sensiblen Patientengruppe. Daher sehen die Regelungen der Richtlinie vor, dass die Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V sowie weitere Akteure erleichtert und teilweise auch erst ermöglicht wird. So ist bspw. vorgesehen, dass Fallbesprechungen auch mit weiteren Akteuren außerhalb des SGB V stattfinden können. Zwar kann eine Teilnahme an derartigen Austauschen für Akteure außerhalb des SGB V im Rahmen dieser Richtlinie nicht eingefordert werden, jedoch kann durch diese Richtlinie ein Rahmen geschaffen werden, der einen Austausch zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie Akteuren außerhalb des SGB V stärkt. Die grundlegenden Regelungen und Verpflichtungen der Sozialgesetzbücher werden hiervon nicht berührt. Im Kontext dieser Richtlinie werden unter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nur Personen oder Einrichtungen verstanden, die Leistungen innerhalb des SGB V erbringen. Akteure hingegen bezeichnen Personen oder Einrichtungen außerhalb des SGB V, die zwar eine wichtige Rolle in der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher spielen können, aber keine Leistungen nach dem SGB V erbringen (z.B. Jugendhilfe, Bildungseinrichtungen).

Bei der Behandlung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen spielen darüber hinaus die verschiedenen Hilfe- und Unterstützungssysteme eine große Rolle, daher wird diese Zielsetzung unmittelbar im ersten Absatz verankert. Im Rahmen dieser Richtlinie werden unter Hilfesystemen SGB-übergreifende Leistungen (z. B. Jugendhilfe, Öffentlicher Gesundheitsdienst mit Frühen Hilfen, Kinder- und jugendpsychiatrischer Krisendienst, Psychosoziale Beratungsstellen) verstanden, Unterstützungssysteme umfassen hingegen Leistungen außerhalb der Sozialgesetzbücher (z. B. Bildungsbereich mit Kindertagesstätten, Schule und beruflicher Bildung) und relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld.

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

fördern und zu stärken. Die Möglichkeit zum Einbezug von relevanten Bezugspersonen begründet keinen eigenständigen Leistungsanspruch der relevanten Bezugspersonen.

Absatz 2:

In Absatz 2 werden Unterziele formuliert, die die Verbesserung der Versorgung konkretisieren. Ein besonderes Augenmerk wird hier auf die Betroffenenperspektive gelegt. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen weist einige Herausforderungen auf, die insbesondere, aber nicht nur, in der Adoleszenz Ausdruck finden und zu diskontinuierlichen Behandlungsverläufen und Behandlungsabbrüchen führen können. Aus diesem Grund ist ein Behandlungsansatz erforderlich, der den Erfordernissen der insbesondere psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen in besonderer Weise gerecht wird.

Zu Nummer 1:

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen kann nur gelingen, wenn die individuellen Bedarfe aufgegriffen werden und das relevante Umfeld Einbindung erfährt. Hierbei handelt es sich zunächst um Familienangehörige oder Sorgeberechtigte. Analog zur Psychotherapie-Richtlinie wurde jedoch zudem der Begriff „relevante Bezugsperson“ herangezogen. Bei der Einführung dieser Begrifflichkeit in die Psychotherapie-Richtlinie am 16.06.2016 wurde in den Tragenden Gründen die folgende Erläuterung vorgesehen: „Zudem wurde ein Passus ergänzt, der klarstellt, dass es bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen erforderlich sein kann, nicht nur Familienmitglieder bzw. die Partnerin oder den Partner einzubeziehen, sondern auch relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes oder Jugendlichen. Solche relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld können insbesondere Erzieher und Lehrer oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit des Patienten konfrontiert sind – so zum Beispiel bei Kindern und Jugendlichen, die in einem Heim leben.“

Zu Nummer 2:

Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen kommt der Behandlungskontinuität eine besondere Bedeutung zu. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Versorgung individuell an den Bedarfen der Kinder und Jugendlichen auszurichten und auf krisenhafte Ereignisse sowie besondere Herausforderungen vorbereitet zu sein. Diesem Unterziel wird die Versorgung nach dieser Richtlinie gerecht, indem Regelungen für Kriseninterventionen vorgesehen werden, die u.a. auch Behandlungsabbrüche vermeiden sollen. Zudem werden beispielsweise für die Transition Rahmenbedingungen vorgegeben, die eine gezielte Begleitung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten ermöglichen. Insbesondere im Rahmen der Transition ist es wichtig, dass eine Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen gelingt; dabei wird mit Versorgungsbereichen einerseits die Versorgung nach dem SGB V adressiert (sowohl stationär als auch ambulant), darüber hinaus erfolgt jedoch eine Versorgung durch andere Sozialgesetzbücher, deren Maßnahmen Berücksichtigung finden sollen.

Zu Nummer 3:

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

Zu Nummer 4:

Die Versorgung nach dieser Richtlinie fokussiert zunächst auf die Krankenversorgung des SGB V; jedoch kann es je nach Konstellation dazu kommen, dass die Behandlung einer schweren psychischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen die Abstimmung mit den Hilfesystemen anderer Sozialgesetzbücher erforderlich macht, um einen größtmöglichen Effekt zu erzielen. Hierfür ist eine Einbindung der Patientinnen und Patienten gleichermaßen notwendig, so dass die individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele gemeinsame Akzeptanz durch die verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie Akteure außerhalb des SGB V sowie die Patientin oder den Patienten erhalten und ein abgestimmtes Handlungsvorhaben entsteht. Die Bedeutung der individuellen Teilhabe- und Entwicklungsziele ist in der Vorbemerkung zu den Tragenden Gründen, insbesondere unter Nummer 1 ausgeführt.

Zu Nummer 5:

Als weiteres Unterziel wird die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie angestrebt. Das hier definierte Ziel strebt selbstverständlich nur eine Vermeidung oder Verkürzung von stationärer Behandlung bei Kindern und Jugendlichen an, deren Versorgung im ambulanten Setting mindestens gleichwertig erfolgen kann. Die ambulante Behandlung hat den Vorteil, dass die Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und sich auch im Verlauf der Behandlung in ihren Lebenswelten erproben können. Im Rahmen der Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen besteht in besonderem Maße die Notwendigkeit, fallbezogen abzuwägen, wann die Versorgung in der häuslichen Umgebung kontraindiziert und stattdessen die Anbahnung einer stationären Behandlung erforderlich ist. Sollte die Patientin oder der Patient jedoch im ambulanten Setting nicht ausreichend versorgt werden können bzw. die zusätzlichen Leistungsbestandteile nach dieser Richtlinie nicht ausreichen, ist eine stationäre Behandlung weiterhin möglich und muss unter Berücksichtigung der individuellen Situation entsprechend dem Anspruch gemäß § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V Einsatz finden.

Zu Nummer 6:

Die Versorgungsangebote in Deutschland in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern sind sehr vielseitig; die Inanspruchnahme dieser Angebote ist jedoch nicht trivial und erfordert häufig eine entsprechende Fachexpertise. Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen ist dieser Zugang häufig nicht möglich und auch Eltern und weiteren Erziehungsberechtigten fällt vor dem Hintergrund vielfacher Herausforderungen eine Orientierung nicht immer leicht. An diesem Punkt setzt die vorgesehene Versorgung nach dieser Richtlinie an, indem ein Angebot für eine unterstützende patientenindividuelle Koordinierung durch eine nichtärztliche, koordinierende Person geschaffen wird. Diese Koordinierung setzt bei der Leistungserbringung im Rahmen des SGB V an, so dass eine „fachlich synergistische Zusammenarbeit“ im Sinne einer bestmöglich verzahnten bzw. einer Zusammenarbeit wie aus einer Hand herbeigeführt wird. Darüber hinaus ist jedoch auch vorgesehen, dass die unterstützende Koordinierung durch die nichtärztliche, koordinierende Person Schnittstellen managt und Hilfesysteme und Akteure außerhalb des SGB V bei Bedarf berücksichtigt. Dieses Schnittstellenmanagement ist so angelegt, dass damit Brücken zu anderen Sozialgesetzbüchern ermöglicht werden; die durch den Gesetzgeber vorgegebene Kompetenz zur Ausgestaltung von Leistungen des SGB V wird dadurch nicht überschritten. Eine Verpflichtung von Akteuren außerhalb des SGB V oder die Übernahme von Leistungen oder sonstigen Verpflichtungen aus anderen Sozialgesetzbüchern ist davon nicht umfasst. Aufbauend auf dieser Koordinierung wird eine Verbesserung der Kooperation angestrebt.

Hierbei wird aufgrund der vielfältigen Anknüpfungspunkte in den verschiedenen Sozialgesetzbüchern ein besonderer Fokus gelegt.

Zu Nummer 7:

Jugendliche und junge Erwachsene befinden sich in einer Lebensphase, die häufig mit einer besonderen Vulnerabilität einhergeht. In dieser Phase der Entwicklung, in der sich zudem auch die Lebensumstände häufig stark verändern, ist für insbesondere schwer psychisch erkrankte Jugendliche und junge Erwachsene ein strukturiertes, abgestimmtes und gezieltes Vorgehen insbesondere im Rahmen der Transition zur Stabilisierung der Patientinnen und Patienten erforderlich, um eine geeignete Krankenbehandlung zu ermöglichen. Entsprechend sieht diese Richtlinie Maßnahmen vor, die – unter Berücksichtigung anderer Hilfe- und Unterstützungssysteme -auf eine Behandlungskontinuität über die verschiedenen Phasen der Krankenbehandlung hinwirken.

Absatz 3:

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

Zu Nummer 1:

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

Zu Nummer 2:

An der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sind mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Ein abgestimmter, für alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie Beteiligten des Zentralen Teams und des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 verbindlicher Gesamtbehandlungsplan, der von der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten erstellt wird, soll daher die verbesserte Koordination der Versorgung für die Patientinnen und Patienten fördern. Hierbei ist neben der Einbindung der Patientin oder des Patienten eine gute Vernetzung und Koordination erforderlich, die eine Grundlage für eine kooperative Zusammenarbeit der verschiedenen an der Krankenbehandlung der Patientin bzw. des Patienten beteiligten Berufsgruppen sowie der Berücksichtigung von Akteuren außerhalb des SGB V bildet. Aus diesem Grund sind patientenindividuelle Teams als strukturelle Maßnahme vorgesehen, um die Versorgung zu unterstützen. Sowohl bei der Leistungserbringung innerhalb des SGB V als auch bei einer sozialgesetzbuchübergreifenden Abstimmung ergeben sich viele Schnittstellen, wo koordinierende Maßnahmen die Grundlage für eine verbesserte Kooperation bilden.

Zu Nummer 3:

Der Abklärung der jeweils vorliegenden psychischen Störung im Rahmen einer umfassenden Diagnostik und Feststellung des individuellen Behandlungs- und Versorgungsbedarfs unter Berücksichtigung der verschiedenen Bereiche des Lebensumfeldes kommt im Rahmen der

Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten eine besondere Bedeutung zu. Nur so können notwendige Behandlungsmaßnahmen zeitnah und bedarfsgerecht eingeleitet werden, was auch dazu beiträgt, wiederholte Behandlungen ohne nachhaltigen Erfolg oder Fehl- bzw. Unterversorgung zu minimieren. Für den Versorgungsprozess ist dies von hoher Relevanz; entsprechend wichtig sind eine zeitnahe Diagnostik und eine sich - soweit erforderlich - daran anschließende Behandlung.

Zu Nummer 4:

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

Zu Nummer 5:

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

Zu Nummer 6:

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

Zu Nummer 7:

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

Zu Nummer 8:

Bei Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen ist die Interaktion mit ihrem sozialen Umfeld in der Regel von großer Bedeutung; daher ist dessen Einbezug von Beginn der Behandlung an notwendig und hilfreich. Die Patientin oder der Patient kann durch ihre oder seine unmittelbaren Bezugspersonen bei der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen und der Wiedererlangung von alltagspraktischen Fähigkeiten unterstützt werden. Zudem können Angehörige und andere Bezugspersonen den behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten wichtige Einblicke in deren Alltag und Krankheitsverlauf geben. Aus diesem Grund sind relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie einzubinden. In diesem Kontext sollten auch aufsuchende Angebote genutzt werden, die einen Einblick in das Lebensumfeld und die Lebensumstände ermöglichen; hierbei ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten sowie ggf. der Sorgeberechtigten erforderlich.

Zu Nummer 9:

Insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind besonders häufig auf Hilfen aus anderen Sozialleistungsbereichen angewiesen; daher wird der strukturierte Austausch und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb der Gesundheitsversorgung nach dem SGB V als weitere Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe genannt. Daher sollen die an der KJ-KSVPsych-Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sich auch mit diesen Einrichtungen abstimmen, um eine strukturierte Inanspruchnahme solcher Leistungen zu ermöglichen. Da diese Richtlinie diese Einrichtungen nicht zu Kooperationsabsprachen verpflichten kann, richten sich entsprechende Regelungen an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V nach dieser Richtlinie. Diese sollen mit entsprechenden regional vorhandenen komplementären Strukturen die Zusammenarbeit anstreben. Zudem wird in der Versorgung nach dieser Richtlinie die Möglichkeit eröffnet, Fallbesprechungen auch mit Akteuren außerhalb des SGB V durchzuführen; diese Fallbesprechungen können sowohl per Video als auch in geeigneten Räumlichkeiten unter Anwesenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer stattfinden.

2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe

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

Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen leiden nicht nur unter den Symptomen ihrer Erkrankung, sondern auch unter den daraus entstandenen Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten des täglichen Lebens, ihrer Teilhabe und ihrer psychosozialen Fähigkeiten.

Besonders betroffen von den Folgen der eingeschränkten psychosozialen Fähigkeiten sind Kinder und Jugendliche mit einem instabilen persönlichen Umfeld bzw. ohne stabile Bezugspersonen. Diese Kinder und Jugendliche sind häufig nicht selbst in der Lage, geeignete Hilfen in Anspruch zu nehmen, bzw. diese überhaupt zu finden. Je nach Schwere der Erkrankungen und aufgrund der teils fehlenden stabilisierenden Bezugspersonen sind psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche nur bedingt absprachefähig. Im Ergebnis kommt es bei diesen Kindern und Jugendlichen häufig zu Behandlungsabbrüchen oder zu wechselnden therapeutischen Beziehungen. Eine kontinuierliche therapeutische Beziehung kann somit häufig nicht oder kaum aufgebaut werden.

Eine möglichst frühzeitige umfassende und bedarfsgerechte Förderung dieser Kinder und Jugendlichen ist allerdings wesentlich, um ihre individuelle Entwicklung zu fördern, Teilhabe zu ermöglichen und ihre psychosozialen Fertigkeiten, auch im Hinblick auf Kindertagesstätte, Schule und Arbeitsleben zu stärken. Bleibt dies aus, besteht das Risiko der Chronifizierung der jeweiligen Störung. Es drohen erhebliche Einschränkungen, insbesondere in der Entwicklung und Teilhabe.

Daraus ergibt sich, dass nicht nur eine Behandlung der psychischen Symptomatik erforderlich ist, sondern auch eine Berücksichtigung des persönlichen und psychosozialen Umfelds, des Lebensumfeldes und der weiteren, sich aus der psychischen Erkrankung ergebenden Beeinträchtigungen. Für Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen gilt dies umso mehr, da hier neben der individuellen psychiatrischen oder psychotherapeutischen

Behandlung der vorliegenden psychischen Erkrankung, der jeweilige Entwicklungsstand zu berücksichtigen ist und darüber hinaus die Einbeziehung der Eltern bzw. des sozialen Umfeldes und der Bildungseinrichtungen unter Achtung des Kinder- und des Elternrechtes unabdingbar ist. Daher wird dem über eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne hinausgehenden, besonderen Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und insbesondere der Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie Akteure in der Versorgung nach dieser Richtlinie Rechnung getragen.

Absatz 1:

Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen von der Geburt bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, bei denen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, nach dieser Richtlinie versorgt werden.

Im Rahmen der Indikationsstellung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie sollte auch beurteilt werden, ob diese Art der Versorgung für die Patientin oder den Patienten zielführend ist, oder ob andere Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahmen bei der Art und dem Ausprägungsgrad der psychischen Störung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen erforderlich sind.

Auch wenn den sehr spezifischen Behandlungsbedürfnissen von Säuglingen und Kleinkindern teilweise bereits durch bestehende spezialisierte -auch hilfesystemübergreifende- Versorgungsmöglichkeiten Rechnung getragen wird, können sie durchaus von der Versorgung nach dieser Richtlinie umfasst sein. Die frühkindliche Entwicklung des Säuglings und des Kleinkindes ist zum einen durch eine enorme Dynamik (körperlich-biologisch und entwicklungspsychologisch) und zum anderen durch die hohe Bedeutung der Eltern bzw. primären Bezugspersonen und durch die hohe, vitale Abhängigkeit von diesen gekennzeichnet. Die psychische Entwicklung des Säuglings und Kleinkindes ist dementsprechend untrennbar mit der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung verbunden. Interventionen bzw. Behandlungsmaßnahmen zielen daher entweder auf die Eltern alleine oder auf Eltern und Kind gemeinsam ab.

Absatz 2:

In Absatz 2 ist geregelt, dass zur Bestimmung des Ausmaßes der Beeinträchtigung in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen der Patientin oder des Patienten das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) heranzuziehen ist. Die konkreten Ausprägungen werden im Folgenden definiert.

Zu Nummer 1:

Unter Nummer 1 ist das Vorliegen einer psychischen Störung gemäß der ersten Achse des MAS inklusive der ICD-Schlüsselnummern F7x.1, unter Nummer 2 das Vorliegen von mindestens einem Umstand aus den neun Kategorien „abnorme psychosoziale Umstände“ gemäß der fünften Achse des MAS und unter Nummer 3 das Vorliegen einer ernsthaften Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus in mindestens einem Bereich (Stufen 4 bis 8) auf der sechsten Achse des MAS festgelegt.

Psychische Erkrankungen sind von verschiedenen (bio-psycho-sozialen) Faktoren geprägt, die zu ihrem Vorhandensein und/oder zu ihrer Ausprägung und/oder zu ihrer Aufrechterhaltung beitragen. Bei psychischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters kommt darüber hinaus noch hinzu, dass sie alters- und entwicklungsspezifisch sind und zudem noch durch eine

ausgeprägte Abhängigkeit der Kinder und Jugendlichen von ihrem sozialen Umfeld geprägt sind.

Um möglichst eindeutige, klinisch relevante Informationen bezüglich der psychischen Störung und weiterer möglicher Einflussfaktoren zu erhalten und dementsprechend die Behandlungsmaßnahmen gezielt darauf ausrichten zu können, wurde bereits 1977 eine multiaxiale Klassifikation von Remschmidt und Schmidt in Deutschland eingeführt, die heute als „Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10“ (MAS) im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowohl in Deutschland flächendeckend als auch international, Anwendung findet⁴.

Mit dem MAS steht eine vollständige, mehrdimensionale Beschreibung und Einordnung des Störungsbildes auf verschiedenen Ebenen und ein Bewertungsschema zur Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus zur Verfügung, so dass darauf aufbauend nicht nur eine umfassende Behandlungsplanung, sondern auch eine Einschätzung des Schweregrades erfolgen kann.

Die erste Achse des MAS bildet die zu behandelnden psychischen Störungen ab (klinisch-psychiatrisches Syndrom). Auf den weiteren Achsen werden evtl. vorliegende Zustände wie eine umschriebene Entwicklungsstörung (Achse 2) oder das Intelligenzniveau (Achse 3) und körperliche Erkrankungen (Achse 4) erfasst. Auf der 5. Achse wird das Vorliegen oder Nichtvorliegen von für die Genese der Störung oder den Therapieverlauf wichtigen abnormen psychosozialen Umständen angegeben, z.B. „Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung“, „Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils“ oder „Verlust einer liebevollen Beziehung“. Insgesamt sind in der fünften Achse 30 verschiedene Beispiele für assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände enthalten, welche in insgesamt neun Kategorien eingeteilt sind. Beispielsweise sind in der Kategorie 1 „Abnorme intrafamiliäre Beziehungen“ insgesamt sechs psychosoziale Umstände, in der Kategorie 2 „Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie“ insgesamt vier psychosoziale Umstände und in der Kategorie 6 „Akute belastende Lebensereignisse“ insgesamt sieben psychosoziale Umstände enthalten. Bei den verschiedenen psychosozialen Umständen handelt es sich teilweise um schwerwiegende, teilweise um weniger schwerwiegende Umstände, sie sind also nicht gewichtet und es bestehen zudem verschiedentlich Überschneidungen. Auf der 6. Achse wird das psychosoziale Funktionsniveau beurteilt. Die Angaben auf dieser Achse spiegeln das Niveau der psychosozialen Anpassung der Patientin oder des Patienten wider und beschreiben, inwieweit psychologische, soziale oder schulische Funktionen eingeschränkt sind. Die Beeinträchtigungen müssen als Folge einer psychischen Störung, einer Entwicklungsstörung oder einer intellektuellen Behinderung entstanden sein.

Die (standardisierte) Einbeziehung der Entwicklungsdimension, des Intelligenzniveaus, der körperlichen Symptomatik, der psychosozialen Umstände und des psychosozialen Funktionsniveaus, wie dies mit dem MAS möglich ist, ist von großer Bedeutung für das Verständnis psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und Voraussetzung für die Erstellung passgenauer Behandlungsstrategien.

Die Definition der Patientengruppe für die Versorgung nach dieser Richtlinie ist daher nicht allein auf die Diagnose einer psychischen Störung auszurichten, da eine Diagnose alleine in der Regel keine ausreichende Aussage über den Schweregrad der psychischen Erkrankung zulässt, sondern es sollten die mit der psychischen Störung vorliegenden Beeinträchtigungen

⁴ Remschmidt H., Schmidt M.H., Poustka F.: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-V. 7. aktualisierte Auflage. Hogrefe 2017, S. 465ff.

ebenso berücksichtigt werden, wie die psychosozialen Umstände, in denen das Kind bzw. die oder der Jugendliche lebt. Letztere können nicht nur einen erheblichen Einfluss auf die Entstehung, den Ausprägungsgrad und die Aufrechterhaltung der psychischen Störung haben, sondern auch zu einem besonderen Bedarf an Unterstützung und Koordination bezüglich der notwendigen Behandlungen führen.

Somit wird als Voraussetzung das Vorhandensein einer psychischen Störung gemäß Achse 1 des MAS inklusive der ICD-Schlüsselnummern F7x.1 festgelegt. Die für die Versorgung nach dieser Richtlinie notwendige Einschätzung der Schwere der psychischen Störung erfolgt über die Achsen 5 (für die Einschätzung der psychosozialen Umstände, in denen das Kind oder der Jugendliche lebt) und 6 (für die Einschätzung des psychosozialen Funktionsniveaus) des MAS.

Da das Intelligenzniveau hinsichtlich Genese, Aufrechterhaltung einer psychischen Erkrankung einen relevanten Einfluss haben kann und bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden muss, wurde es im MAS auf einer eigenen Achse (Achse 3, Intelligenzniveau) verortet, und nicht unter die erste Achse der klinisch-psychiatrischen Syndrome gefasst. Eine Intelligenzstörung (F70-F79) wird in der ICD-10-GM als Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten beschrieben; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Die Intelligenzstörung kann dabei isoliert oder in Verbindung mit jeder anderen somatischen oder psychischen Erkrankung auftreten.⁵ Eine Intelligenzminderung kann sowohl durch Vererbung angeboren sein als auch durch bestimmte Erkrankungen und Umwelteinflüsse verursacht oder verschlimmert werden (z.B. Down-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, bestimmte Stoffwechselstörungen wie z.B. die Phenylketonurie, Fehlbildung des Gehirns). Intellektuelle Fähigkeiten können, wenn auch nur in geringem Maße durch Übung und Rehabilitation verbessert werden (ICD-10 GM, 2023), dennoch gibt es bei einer Intelligenzstörung meist keine Behandlungsmöglichkeit der Ursache. Somit stellt das alleinige Vorhandensein einer Intelligenzminderung keine Voraussetzung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie dar. Im Falle von neben der Intelligenzminderung bestehenden komorbiden psychischen Störungen aus der Achse 1 des MAS sowie bei Vorliegen einer Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die eine Beobachtung oder Behandlung erfordert, (F7x.1 des ICD-10-GM) sind die Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erfüllt.

Die Entwicklungsstörungen wurden im MAS ebenfalls auf einer gesonderten Achse (2. Achse, umschriebene Entwicklungsrückstände) zusammengefasst, mit Ausnahme der ICD-10-Kategorie F84 „Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ (z.B. Autismus), die in der ersten Achse des MAS inkludiert ist. Bei den umschriebenen Entwicklungsstörungen, auch „Teilleistungsstörungen“ genannt, handelt es sich um umschriebene Beeinträchtigungen des Sprechens, der Sprache, der schulischen Fertigkeiten und der motorischen Funktionen (F80–F83). Laut ICD-10-GM vermindern sich die Störungen mit dem Älterwerden der Kinder zunehmend, wenngleich oft geringere Defizite im Erwachsenenalter zurückbleiben können.⁶ Bei der Behandlung dieser Störungen stehen logopädische, ergotherapeutische, physiotherapeutische und/oder heilpädagogische Maßnahmen im Vordergrund; bei intensiver Anwendung vorgenannter Behandlungsmaßnahmen ist die Prognose der meisten

5 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (23.02.2024). ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 15. September 2023. <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/block-f70-f79.htm>
6 s.o. Link: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/block-f80-f89.htm>

umschriebenen Entwicklungsstörungen günstig.⁷ Entwicklungsstörungen (F80-F83, F88, F89) für sich genommen stellen daher keine Indikation für eine psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgung nach dieser Richtlinie.

Des Weiteren erfüllen die Diagnosen F00-F09 der ICD-10-Kategorie „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ nicht die Voraussetzungen des Tatbestandsmerkmals „Vorliegen einer psychischen Störung gemäß der ersten Achse des MAS“. Dieser Abschnitt umfasst Störungsbilder, die nachweisbar durch eine zerebrale Krankheit, eine Hirnverletzung oder eine andere Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt, verursacht sind. Dies wird i.d.R. bei der Diagnosestellung durch die Verwendung einer zweiten Kodierung, nämlich der den in F00-F09 klassifizierten Syndromen zugrundeliegenden Erkrankung aus dem entsprechenden Kapitel der ICD-10 GM, wie z.B. dem Kapitel VI „Krankheiten des Nervensystems“ (G00-G99), kenntlich gemacht.

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

So zeichnen sich bspw. insbesondere die dementiellen Erkrankungen durch einen chronisch progredienten Verlauf aus, indem der kurative Anteil der Behandlungsmaßnahmen abnimmt und der Anteil komplementärer, pflegerischer Maßnahmen zunimmt. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die S-3 Leitlinie „Demenzen“ eine individualisierte Therapie: „Sie ist aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen individualisiert zu gestalten und muss auf die progrediente Veränderung des Schweregrads der Erkrankung abgestimmt sein.“ (S3-Leitlinie, S. 48).⁸ Dabei wird die Bedeutung der Hausärztin oder des Hausarztes, gerade aufgrund der langjährigen Kenntnis der Patientinnen und Patienten und ihres Umfeldes in der Leitlinie betont. Letzteres und ein daraus entstandenes Vertrauensverhältnis ermöglichen auch die Koordination der notwendigen Maßnahmen. Dem Bedarf nach einer störungsspezifischen und individualisierten Therapie kann besser durch Maßnahmen, wie beispielsweise in der Nationalen Demenzstrategie aufgeführt, Rechnung getragen werden. Versicherte mit neurologischen oder anderen somatischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich auch eine der aufgelisteten psychischen Erkrankungen vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten, wenn auch die Bedingungen nach Absatz 2 und 3 erfüllt sind.

Zu Nummer 2:

Als ein weiteres Zugangskriterium für eine Versorgung nach dieser Richtlinie muss zudem mindestens eine der insgesamt neun Kategorien aus der Achse 5, abnorme psychosoziale Umstände, vorliegen, z.B. „Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung“ (Kategorie 1) und „psychische Störung eines Elternteils“ (Kategorie 2).

7 Müßigbrodt et al., 2010: Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD-10.

8 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion). 01.2016. [Zugriff: 20.02.2024]. (AWMF-Register-Nr. 038-013). URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf

Zu Nummer 3:

Neben einer F-Diagnose der ersten Achse des MAS inklusive der ICD-Schlüsselnummern F7x.1 ist festgelegt, dass mindestens eine ernsthafte Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus vorliegen muss entsprechend der Stufen vier bis acht auf der sechsten Achse des MAS. Die Stufe 4 der sechsten Achse beinhaltet die folgende Beschreibung: „Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z.B. erheblicher Mangel an Freunden, Unfähigkeit, mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich)“. Aufgrund der bestehenden sprachlichen Schwierigkeit wurde bei der Definition der Patientengruppe in der Richtlinie nicht auf „mindestens ein oder zwei“ Bereiche abgestellt, da dies durch die Formulierung „mindestens ein“ bereits abgedeckt ist. In den Stufen fünf bis acht wird eine darüberhinausgehende Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus definiert.

Absatz 3:

In Absatz 3 erfolgt eine Definition des komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs bei Kindern und Jugendlichen. Aus der Schwere der psychischen Erkrankung und den damit einhergehenden deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen leitet sich die Notwendigkeit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer, psychosomatischer und psychosozialer Hilfen ab. Ein komplexer Behandlungsbedarf resultiert aus der Art und Ausprägung der individuell vorliegenden psychischen Störung und ggfs. weiterer psychischer und somatischer Komorbiditäten und ist charakterisiert durch eine zwischen mehreren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern abzustimmende, auf die aktuelle psychische Symptomatik ausgerichtete Krankenbehandlung. Ziele sind dabei, die psychische Erkrankung der Kinder und Jugendlichen zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und, bei gegebener Notwendigkeit, somatische Begleiterkrankungen zu behandeln sowie durch den Einsatz weiterer notwendiger therapeutischer Maßnahmen, die darauf abzielen, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen zu verbessern, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Wenn zur Erreichung des Behandlungsziels, Heilung, Linderung, oder Verhütung von Verschlimmerung der psychischen Erkrankung im Quartal der Einsatz von mindestens zwei Maßnahmen der Krankenbehandlung durch Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer unterschiedlicher Berufsgruppen erforderlich ist, d. h. bspw. psychiatrische Behandlung und Ergotherapie besteht ein komplexer Behandlungsbedarf gemäß dieser Richtlinie.

Absatz 4:

Dieser Absatz bildet die Altersgrenzen der Versorgung nach dieser Richtlinie ab, wie sie auch in der Psychotherapie-Richtlinie in § 1 Absatz 4 vorgegeben sind.

2.1.3 § 3 Transition

Absatz 1:

Die Adoleszenz ist eine besonders vulnerable Entwicklungsphase, in der Jugendliche zu unabhängigen Erwachsenen heranreifen. In dieser Phase sind wesentliche Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, wie z.B. die allgemeine Entwicklung einer Identität und eines konsistenten Selbstkonzepts, der Aufbau außerfamiliärer Beziehungen und intimer Paarbeziehungen und die gleichzeitig damit verbundene Ablösung von den Eltern und der Kernfamilie sowie die Erlangung einer selbständigen Lebensführung.

Sowohl für Eltern als auch für behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist es eine Herausforderung, Heranwachsenden mit psychischen Erkrankungen bei diesen Entwicklungsaufgaben zu begleiten und zu unterstützen. Dies gilt umso mehr für Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen. Auch hier gilt es, die Behandlung adäquat auf die Behandlungsbedarfe und den Entwicklungsstand des Jugendlichen oder jungen Erwachsenen anzupassen und den Übergang, ab dem junge Erwachsene ab 18 Jahren mit den Mitteln der Erwachsenenpsychiatrie oder -psychotherapie behandelt werden können und sollen, rechtzeitig einzuleiten.

Der Begriff „Transition“ (lat. transitio „Übergang“) beschreibt den zielgerichteten, geplanten Übergang von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schweren psychischen Erkrankungen von einer kindzentrierten zu einer erwachsenenorientierten Gesundheitsversorgung, mit dem Ziel, eine koordinierte, ununterbrochene Gesundheitsversorgung zu gewährleisten⁹. Im Gegensatz dazu beschreibt der Begriff Transfer (lat. transfere „hinüberbringen“) die direkte Übergabe der Patientin oder des Patienten von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin als einmaliges Ereignis.

Im Rahmen der Richtlinie werden zur Benennung dieses Vorgehens die Begriffe der Jugendversorgung sowie der Erwachsenenversorgung eingesetzt; die Begriffe beinhalten keine Legaldefinition, vielmehr sollen die unterschiedlichen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche auf der einen Seite und Erwachsene auf der anderen Seite abgegrenzt werden. Die Versorgungsstrukturen des SGB V sehen grundsätzlich vor, dass Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr im Rahmen der Kinder- und Jugendversorgung behandelt werden (bspw. durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten). In besonderen Fällen kann diese Behandlung auch über das 18. Lebensjahr hinausgehen, wenn die Jugendlichen bspw. noch sehr kindlich sind oder zu erwarten ist, dass ein besseres Ergebnis mit den Mitteln der Kinder- und Jugendbehandlung erreicht werden kann. Die Erwachsenenversorgung findet hingegen in der Regel ab dem 18. Lebensjahr statt (bspw. durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten). Insgesamt handelt es sich im ambulanten Setting um fließende Übergänge; im stationären Setting besteht hingegen mit dem 18. Lebensjahr in der Regel eine Abgrenzung zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie.

Bei der Transition von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist zu berücksichtigen, dass sich die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Herangehensweise und Behandlung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wesentlich von der der Erwachsenenpsychiatrie unterscheidet. So ist bei den Jugendlichen i.d.R. ein familienzentriertes Vorgehen bzw. der Einbezug des sozialen Umfeldes notwendig, wohingegen bei Erwachsenen eher ein patientenzentriertes Vorgehen im Fokus steht. Im Rahmen der Transition ist eine rechtzeitige Beendigung der Behandlung und Ablösung aus der therapeutischen Beziehung durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeut anzubahnen und zu realisieren. Mit der Beendigung der Therapie und der therapeutischen Beziehung verbundene Ängste und Unsicherheiten und ggfs. vielleicht sogar Krisen der jungen Patientin bzw. des jungen Patienten sind aufzunehmen und zu klären. Auch sind bei den verschiedenen psychischen Erkrankungen teilweise altersabhängige Besonderheiten zu beachten.

⁹ S3-Leitlinie der Gesellschaft für Transitionsmedizin.

In diesem Zusammenhang formulierten z.B. Fegert et al. (2021)¹⁰ als Ziele der Transitionspsychiatrie u.a., die Entwicklung heranwachsender Patientinnen in psychischen bzw. adolescentären Krisen positiv zu beeinflussen, vermeidbare langfristige Krankheitsentwicklung bzw. Chronifizierungen und Hospitalisierung bei psychischen Erkrankungen junger Menschen zu verhindern und daraus resultierende (Teilhabe-) Beeinträchtigungen in der Zeit der Transition soweit wie möglich zu reduzieren, und die strukturierte Begleitung Adoleszenter mit frühen, schweren und chronischen psychischen Erkrankungen und langfristigem Behandlungsbedarf aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen in das erwachsenenpsychiatrische Versorgungssystem auszubauen.

Daher ist es notwendig, dass auch in der Versorgung nach dieser Richtlinie diesen Besonderheiten im Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter Rechnung getragen wird, und adäquate Schnittstellen zwischen dem Jugendlichen- und dem Erwachsenenbereich und weiteren komplementären Hilfen geschaffen werden, um eine Behandlungskontinuität sicher zu stellen.

Absatz 2:

Spätestens mit Eintritt der Volljährigkeit ist zu prüfen, ob ein Wechsel in das Versorgungssystem für Erwachsene notwendig und somit anzubahnen ist (Transitionsbedarf) oder kein weiterer Unterstützungsbedarf besteht. Wenn ein Transitionsbedarf festgestellt wird, bedarf die Überleitung in den Erwachsenenbereich einer rechtzeitigen Planung und Vorbereitung, aber auch einer Eindeutigkeit und Transparenz in Bezug auf die neue Versorgungsstruktur und die ärztliche oder psychotherapeutische Behandlungsleitung aus dem Erwachsenenbereich und anderer neuer Ansprechpartner, damit eine kontinuierliche Versorgung und eine Vermeidung von Therapieabbrüchen gewährleistet werden kann. Darüber hinaus bedarf es einer individuellen persönlichen Begleitung, damit schrittweise die neuen (therapeutischen) Beziehungen in der anderen Versorgungsstruktur aufgebaut werden können. Im Gesamtbehandlungsplan sind daher neben dem individuellen Hilfe- und Unterstützungsbedarf, der für einen erfolgreichen Transfer und eine erfolgreiche Anbindung an die Erwachsenenversorgung erforderlich ist, auch die notwendigen Elemente zur Ausgestaltung des Versorgungsübergangs (Transitionsmaßnahmen) festzuhalten. Die mit der Patientin oder dem Patienten abgestimmten Transitionsmaßnahmen sind ggfs. im Verlauf der Transition von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten individuell anzupassen.

Zu Nummer 1:

Der Zeitpunkt, an dem der Transfer eingeleitet und abgestimmt wird, hängt maßgeblich von der jeweiligen psychischen Erkrankung, dem Behandlungsverlauf sowie dem individuellen Entwicklungsstand des jungen Menschen und seiner Transitionsbereitschaft ab und orientiert sich nicht allein an dem Erreichen der Volljährigkeit. Daher ist die Transition individualisiert und flexibel zu gestalten.

Zu Nummer 2:

Die Transition ist frühzeitig von der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten mit der Patientin oder dem Patienten vorzubereiten, zu planen und abzusprechen. Für die Patientin oder den Patienten ist es wichtig, transparent über die Transition informiert zu werden und Klarheit in Bezug auf die neuen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zu erhalten. Hierbei sind ggfs. bestehende Ängste und Unsicherheiten der Patientin bzw. des Patienten in Bezug auf den

10 Fegert, J. M., Hauth, I., Banaschewski, T., Driessen, M., & König, E. (2021). Einführung in die Transitionspsychiatrie.

Wechsel in die Erwachsenenversorgung zu berücksichtigen. Dabei gilt es, die Eigenverantwortung der Patientin oder des Patienten für die Behandlung der eigenen Erkrankung zu fördern und zu unterstützen. Auch der Einbezug und die Mitwirkung der Eltern und der relevanten Bezugspersonen des sozialen Umfeldes kann hierbei notwendig werden.

Zu Nummer 3:

Die Transition bedarf einer interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, um z.B. möglicherweise vorhandene Erschwernisse bzgl. der Transition zu klären. Auch gilt es, den Kontakt zu den zukünftig die Behandlung fortführenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern der Erwachsenenversorgung rechtzeitig anzubahnen. Je nach Erkrankung und Entwicklungsstand des jungen Erwachsenen sind daher neben Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die an der zukünftigen Versorgung im Erwachsenenbereich beteiligt sind, in die Transition einzubinden, denn mit Erreichen der Volljährigkeit sind meist auch andere weitreichende Lebensveränderungen wie z.B. Schulabschluss, Ablösung vom Elternhaus, Wechsel des sozialen Umfeldes verbunden, die zu einer Destabilisierung der Patientin bzw. des Patienten führen können. Diese können sich an Fallbesprechungen beteiligen, sind darüber hinaus aber nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt.

Zu Nummer 4:

Um einen nahtlosen Transfer in den Erwachsenenbereich zu erreichen, ist die Übergabe wesentlicher Informationen über den Behandlungsverlauf, den Entwicklungsstand, den gegenwärtigen psychischen Zustand und den Verlauf der Transition an die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer aus dem Erwachsenenbereich von enormer Wichtigkeit. Im Rahmen der Transition ist daher mindestens eine Fallbesprechung mit der behandelnden Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten und der weiterbehandelnden Ärztin oder dem Arzt bzw. der weiterbehandelnden Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten vorgesehen. Davon unberührt ist die Durchführung von weiteren Fallbesprechungen gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 2-3. Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut begleitet den Transitionsprozess bis zur sicheren Anbindung des jungen Erwachsenen in der Erwachsenenversorgung.

Zu Nummer 5:

Die Transition bedarf der rechtzeitigen Organisation übersichtlicher Wege in das neue Versorgungssystem sowie klarer Absprachen mit allen Beteiligten. Die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 begleitet die Transition bis zur sicheren Anbindung des jungen Erwachsenen in der Erwachsenenversorgung, womit die Transition endet. Sie ist über die relevanten Akteure und spezialisierten Behandlungseinrichtungen der Region sowie die sozialrechtlichen Unterstützungsangebote für junge Menschen mit psychischen Krankheiten informiert und zuständig für das Schnittstellenmanagement, d.h. sie plant und realisiert unter Absprache mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten und unter Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten die notwendigen organisatorischen Schritte in die neue Versorgung. Dabei ist auch eine rechtzeitige Kontaktaufnahme mit den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern aus dem Erwachsenenbereich sicherzustellen. Bei Bedarf nimmt die koordinierende Person auch mit Akteuren außerhalb des SGB V Kontakt auf.

Absatz 3:

In Absatz 3 ist geregelt, dass bei der Transition in den Erwachsenenbereich ebenfalls eine frühzeitige Überleitung in andere Hilfe- und Unterstützungssysteme, die außerhalb des SGB V

an der Versorgung beteiligt sind, anzustreben ist. Hier gilt es, die verantwortlichen Stellen und Akteure außerhalb des SGB V rechtzeitig über die Transition zu informieren, damit auch von diesen Stellen aus ggfs. notwendige Veränderungsprozesse angestoßen werden können. Die Kontaktaufnahme und gezielte Überleitung zu relevanten Akteuren außerhalb des SGB V ist daher bei der Planung und Abstimmung der Transitionsmaßnahmen gemäß § 3 Absatz 2 Nummer 2-4 zu berücksichtigen.

Die Einbindung nichtärztlicher Leistungserbringerin und Leistungserbringer sowie Akteure außerhalb des SGB V wie z.B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagoginnen und Sozial- und Heilpädagogen, Pflegefachpersonen und auch Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, dient somit neben der Gewährleistung von Behandlungskontinuität auch der Anbindung an individuell benötigte Versorgungsstrukturen über das SGB V hinaus.

Absatz 4:

Aufgrund der Gesetzeslage in Deutschland endet eine Behandlung im kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Versorgungssystem üblicherweise spätestens mit Eintreten der Volljährigkeit (stationär) bzw. im Alter von 21 Jahren (ambulant). Von den Vorgaben dieser Richtlinie abweichende Altersregelungen haben ungeachtet der Regelungen Gültigkeit. So kann beispielsweise eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus in einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Regel nur bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erfolgen. Diese Altersregelung wird auch bei Einbezug eines Krankenhauses gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V nicht aufgehoben. Entsprechend der Regelungen der Psychotherapie- Richtlinie und der Behandlungsmöglichkeit der Fachärztinnen und Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist eine Versorgung nach dieser Richtlinie jedoch über das 21. Lebensjahr hinaus ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Jugendpsychiatrie oder Jugendlichenpsychotherapie begonnene Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann.

Patientinnen und Patienten, die ihre Behandlung nach Beendigung des 18. Lebensjahres beginnen, sollten möglichst unmittelbar eine Behandlung von Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfahren, die eine Weiterbehandlung im Erwachsenenalter ohne Transfer der Patientin oder Patienten erbringen können.

Vor einer Versorgung von jungen Erwachsenen im Alter ab 18 Jahren nach dieser Richtlinie ist zu prüfen, ob vergleichbare Versorgungsmöglichkeiten im Versorgungssystem für Erwachsene vorliegen; insbesondere die Versorgung nach der KSVPsych-RL für Erwachsene. Ist dies der Fall, so soll die Versorgung in der entsprechenden Struktur für Erwachsene angestrebt werden. Abweichungen können sich beispielsweise dann ergeben, wenn ein junger Erwachsener mit 18 Jahren deutliche Entwicklungsverzögerungen aufweist und aufgrund seines Entwicklungsstandes noch von einer Behandlung mit den Mitteln aus dem Kinder- und Jugendlichenbereich profitiert.

Abhängig vom individuellen Entwicklungsstand der oder des jungen Erwachsenen ist in enger Abstimmung mit ihr oder ihm zu prüfen, ob noch eine Behandlung mit den Mitteln aus dem Kinder – und Jugendlichenbereich die angemessene Behandlungsform ist oder ob bereits eine Behandlung mit den Mitteln aus dem Erwachsenenbereich die Behandlungsbedarfe abdeckt.

Absatz 5:

Um die unterschiedlichen Systeme (Erwachsene vs. Kinder und Jugendliche) der Versorgung in der Transitionsphase besser zu vernetzen und Schnittstellenproblematiken möglichst zu reduzieren, soll, sofern in der Region vorhanden, ein strukturierter Austausch und eine

Abstimmung mit den Netzverbänden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL, beispielsweise im Rahmen von Fallbesprechungen, stattfinden. Diese Vernetzung zielt insgesamt auf nahtlosere Übergänge und fortgesetzte Qualitätsentwicklung auf der Struktur- und Prozessebene. Hierbei soll einerseits der patientenunabhängige übergeordnete Austausch und die Vernetzung verbessert werden, um die Transition auf der Struktur- und Prozessebene abzustimmen, wie z.B. potentielle Versorgungskapazitäten oder den erforderlichen zeitlichen Vorlauf. Andererseits soll im individuellen Patientenfall, bei dem ein Transfer bevorsteht, konkret ein Austausch mit einem möglicherweise geeigneten Netzverbund in der Region stattfinden, um einen strukturierten Übergang in die Erwachsenenversorgung zu gewährleisten.

2.1.4 § 4 Teilnahmberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Vorbemerkung:

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

Die Versorgungsstrukturen für insbesondere psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche weisen insgesamt einige Besonderheiten und Unterschiede im Vergleich zu denen psychisch erkrankter Erwachsener auf. Das Versorgungsangebot für schwer erkrankte Kinder und Jugendliche unterscheidet sich gegenüber der Erwachsenenversorgung durch eine geringere Dichte, sowohl bezogen auf ärztliche und psychotherapeutische Versorgung als auch die Versorgungsangebote weiterer Fachberufe. Beispielsweise sind die Versorgungsgebiete von Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Durchschnitt dreimal größer als die der Kliniken für Psychiatrie¹¹. Insgesamt liegen die Zahlen an geeigneten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für die Versorgung schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sowohl im ambulanten, als auch im stationären Sektor deutlich unter der Zahl der entsprechenden Berufsgruppen für die Behandlung schwer psychisch erkrankter Erwachsener.

Eine weitere Besonderheit sind die Hilfeleistungen anderer Sozialgesetzbücher, hinzu kommen Unterstützungssysteme mit Ansprechpersonen in Kindertagesstätte, Schule und Ausbildung, die ebenfalls bei Förderung und Therapie berücksichtigt werden. Dadurch ergibt sich ein historisch gewachsenes und hochkomplexes System, welches auf unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen und Zuständigkeiten basiert. In der Fülle an Angeboten ist es für die Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen oftmals schwer, einen Überblick und einen geordneten Zugangsweg zu den einzelnen Hilfesystemen zu finden. Nicht jedes Kind oder jeder Jugendliche erhält damit alle individuell notwendigen und sinnvollen Angebote. Darüber hinaus gibt es bei den schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen häufig Therapieabbrüche, auch durch Kommunikationsschwierigkeiten an den Schnittstellen der Hilfesysteme. Das Wissen um die existierenden Möglichkeiten, eine gute Koordination und Zusammenstellung der individuell benötigten Angebote und Therapien und eine ausreichende Kommunikation zwischen den einzelnen Beteiligten sind daher maßgeblich für eine qualitativ gute und bedarfsgerechte Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Die unterschiedlichen Lebensumfelder der Kinder und Jugendlichen müssen

¹¹ Vgl. Fegert, J. M. (2018): Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. S. 83

nicht nur berücksichtigt, sondern aktiv in die Behandlungsplanung und Kommunikation einbezogen werden. Da derzeit bei den durch die Vielzahl der Beteiligten entstehenden Schnittstellen oftmals Informationsverluste, Kommunikationsschwierigkeiten und Zuständigkeitsproblematiken herrschen, hat die Versorgung nach dieser Richtlinie das Ziel der Sicherung der patientenindividuell notwendigen Koordinierung der Versorgungsangebote sowie der Kooperation der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie Akteure untereinander mit dem Ziel einer fachlich synergistischen Zusammenarbeit. Sie soll hierbei eine bedarfsgerechte fachübergreifende Behandlung sicherstellen und insbesondere einen besseren Austausch an Schnittstellen unterschiedlicher Hilfesysteme und Sozialgesetzbücher und eine gezielte Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie ermöglichen.

Die Regelungen in § 4 stellen dementsprechend eine Auflistung der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dar, die bei der Behandlung insbesondere schwerer psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle einnehmen. Darüber hinaus werden konkrete Vorgaben für die Einbindung in die Versorgung nach dieser Richtlinie getroffen. Aufgrund der gegenüber der Versorgung schwer psychisch erkrankter Erwachsener geringeren Anzahl an teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern wurde auf die Vorgabe der Gründung von Netzverbünden verzichtet. Diese hätte bei der Kinder- und Jugendlichenversorgung dazu führen können, dass sehr weitläufige Netzverbünde entstanden wären, die häufig mit der in der Regionalität behafteten Versorgung dieser Patientengruppe nicht im Zusammenhang gestanden hätten. Die Festlegung flexibler patientenindividueller Teams soll den Besonderheiten in der Versorgungslandschaft gerecht werden und möglichst auch versorgungsschwachen Regionen Versorgungsmöglichkeiten eröffnen. In der Empfehlung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2018¹² lässt sich die Empfehlung ableiten, neue multimodale ambulante Formate hinsichtlich der koordinierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erproben. Dieser Gedanke wird hier aufgegriffen und ein zentrales Team vorgesehen, dessen Mitglieder sich aus vertragsärztlich zugelassenen Fachärztinnen oder Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten zusammensetzen. Sowohl der Austausch und Einbezug von Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung und Psychiatrischer Institutsambulanz nach § 118 SGB V (PIA), als auch von weiteren für die Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen relevanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern wird in Absatz 5 geregelt.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind mit ihrem spezifischen Versorgungsauftrag und einer multiprofessionellen und multimodalen Behandlung seit vielen Jahren ein elementarer Bestandteil in der Versorgung psychisch schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher. Die Behandlung in einer PIA kann häufig eine stationäre Aufnahme verhindern oder verkürzen. Mit den PIA ist somit seit langem eine komplexe Versorgungsstruktur geschaffen, die erfolgreich und effektiv vor allem in großen Versorgungsregionen psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche versorgt. Mit der Etablierung von Zentralen Teams durch niedergelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer soll ein weiteres Versorgungsangebot geschaffen werden, um die gesamte ambulante Versorgung der schwer psychisch erkrankten Kinder und Jugendlicher zu stärken. Die Ausrichtung auf eine bezugsärztliche oder -therapeutische Tätigkeit durch die PIA würde aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsaufträge jedoch zu einer unscharfen Doppelung und

12 Vgl. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf, zuletzt geprüft am 21.02.2024

Abgrenzungsschwierigkeiten führen, sodass diese daher nur für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer mit einer Niederlassung vorgesehen ist.

Der Einbezug von Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung sowie einer PIA und der Austausch an der Schnittstelle zwischen PIA bzw. Krankenhaus mit PIA und den Teilnehmern an der Versorgung nach dieser Richtlinie ist jedoch von elementarer Wichtigkeit für die Verbesserung einer sektorenübergreifenden vernetzten Versorgung und soll durch die in Absatz 5 festgelegten Regelungen gefördert und weiter verbessert werden.

Absatz 1:

In Absatz 1 wird geregelt, welche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unter welchen Voraussetzungen zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt und damit letztendlich nach dieser Richtlinie abrechnungsbefugt sind. Die entsprechenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer werden abschließend unter den Nummern 1 bis 4 aufgezählt und haben eine kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen für die in § 2 definierten Patientengruppe sicherzustellen. Die Qualifikation, die bei den Leistungserbringerinnen und den Leistungserbringern unter Nummer 3 gefordert wird, bezieht sich auf eine zweijährige Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, d.h. eine zweijährige ärztliche Tätigkeit unter der Leitung eines von der jeweils zuständigen Ärztekammer befugten Ärztin oder Arztes für den Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Weiterbildung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie befähigt im Bereich der Verhaltensauffälligkeiten und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter auch zu Indikations- und Differentialindikationsstellung zur Psychotherapie, Somatotherapie, Soziotherapie, Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie sowie sensomotorischen Übungsbehandlungen einschließlich Krankenhausbehandlung und Rehabilitation. Darüber hinaus sind laut MWBO 2018 fakultativ Abschnitte im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich. Daher sind Fachärzte und Fachärztinnen dieses Gebietes zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt, wenn sie eine mindestens zweijährige Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen nachweisen können. Weiterbildungszeiten sind hierbei anrechenbar. Die Vorgabe soll sicherstellen, dass die entsprechenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ausreichend Erfahrung in der Behandlung mit schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 wurde die Psychotherapeutenausbildung neu strukturiert. Bei den einzelnen Fachgruppen sind daher auch die Fachgruppen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen, die sich aus der neuen Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer vom 19. November 2022 ergeben. Neben den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten wurde daher auch die Qualifikation "Fachpsychotherapeut*in für Kinder und Jugendliche" aufgenommen. Mit den Änderungen des Psychotherapeutengesetzes wurde die Ausbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umgestellt; die Approbation als Psychotherapeutin oder als Psychotherapeut wird nach einem fünfjährigen Universitätsstudium erteilt. Für den Zugang zum Versorgungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung ist eine anschließende fünfjährige sogenannte Gebietsweiterbildung notwendig, z.B. Gebiet der Psychotherapie für Erwachsene oder Gebiet der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche; daher sind diese Berufsgruppen ebenfalls in dieser Richtlinie aufzuführen.

Absatz 2:

Absatz 2 regelt die Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie; hierzu erklären die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach Absatz 1 gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, dass die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie umgesetzt werden und dass der Veröffentlichung der Angaben gemäß Absatz 7 zugestimmt wird. Die Zustimmung zur Veröffentlichung der Angaben gemäß Absatz 7 ist insbesondere auch dafür notwendig, dass sich zur Erfüllung der Vorgaben in Absatz 3 entsprechende fachärztlich-psychotherapeutische Teams zusammenfinden können, die dann patientenbezogen zusammenwirken.

Die Erklärung zur Umsetzung der Anforderungen der Versorgung nach dieser Richtlinie zielt auf die konkret festgelegten Verantwortlichkeiten und Anforderungen wie zum Beispiel für die Übernahme der Bezugsfunktion in § 5 oder der Beteiligung am Zentralen Team gemäß Absatz 3.

Sofern die Voraussetzungen für die Teilnahme, wie insbesondere die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, oder die Bereitschaft zur Erfüllung der Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr bestehen, erfolgt eine erneute Meldung bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Absatz 3:

Für eine qualitativ gute Versorgung der insbesondere schwer psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen mit komplexem Behandlungsbedarf ist es vorgesehen, dass mindestens eine Fachärztin oder ein Facharzt der in Absatz 1 unter den Nummern 1 oder 3 genannten Fachgruppen und mindestens eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut der in Absatz 1 unter den Nummern 2 oder 4 genannten Fachgruppen interdisziplinär und patientenindividuell zusammenarbeiten, um ein fachliches vier-Augen-Prinzip zu etablieren und die Schwerpunkte der jeweils eigenen Profession komplementär zu ergänzen. Das jeweils patientenindividuelle Zusammenwirken beider Fachgruppen zielt darauf ab, die dynamischen Krankheitsverläufe von schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen adäquat zu adressieren, über lange Zeiträume zu begleiten sowie jeweils im erforderlichen Umfang mit weiteren Hilfe- und Unterstützungssystemen eine Kooperation anstreben und somit dem jeweiligen komplexen Behandlungsbedarf gerecht zu werden. Mit Vorliegen der Kriterien nach § 2 bilden die beteiligten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemeinsam mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person gemäß § 6 im Anschluss an die Eingangssprechstunde das patientenindividuelle Zentrale Team. Das Zentrale Team gestaltet das Zusammenwirken zur Erfüllung der Aufgaben gemäß § 7 auf Basis berufsrechtlicher Bestimmungen sowie anhand des konkreten Behandlungsbedarfs der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach Maßgabe der Regelungen in der Richtlinie selbst aus. Die Kooperation umfasst dabei mindestens die folgenden Vorgaben für die Erfüllung des fachlichen vier-Augen-Prinzips: Bei mindestens einer Fallbesprechung im Quartal nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 nehmen neben der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten alle Beteiligten des Zentralen Teams teil. Bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 sind ebenfalls die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer des gebildeten Zentralen Teams zu beteiligen, die nicht nach § 5 die Bezugsfunktion übernommen haben. Diese quartalsweise fachliche patientenbezogene Beratung sowie die Beteiligung an der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans stellen die Mindestanforderungen des Zusammenwirkens dar; der weitere Umfang der gemeinsamen Versorgung wird jeweils patientenbezogen zwischen den Beteiligten des Zentralen Teams abgestimmt.

Das Zentrale Team hat darüber hinaus eine telefonische Erreichbarkeit an mindestens vier Tagen je Woche von jeweils 50 Minuten zu gewährleisten. Dies kann bei einer entsprechenden Organisation durch das gesamte Zentrale Team erfolgen. Dabei knüpfen die Vorgaben dieser Richtlinie an die Psychotherapie-Richtlinie (in Kraft getreten am 18. Februar 2021) an, wonach Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag 200 Minuten pro Woche erreichbar sein müssen. Die Erreichbarkeitszeiten der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können entsprechend für die Erreichbarkeitszeit des Zentralen Teams herangezogen werden; die Anforderung der Erreichbarkeit bezieht sich ausdrücklich auf das gesamte Zentrale Team, das an vier Tagen pro Woche die Erreichbarkeit sicherstellt. Daraus folgt nicht, dass nur Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem vollen Versorgungsauftrag an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnehmen können. Die Regelung zielt darauf, dass eine Patientin oder ein Patient zeitnah eine Ansprechperson im Zentralen Team erreicht.

Absatz 4:

Die Berücksichtigung der verschiedenen Akteure außerhalb des SGB V spielt in der Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle, daher wird mit dieser Regelung die Möglichkeit geschaffen, sowohl mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern des SGB V als auch mit Akteuren außerhalb des SGB V ein patientenindividuelles Erweitertes Team zu bilden.

Absatz 5:

Ein häufiges Problem bei der Behandlung von insbesondere psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen sind Kommunikationshindernisse an den unterschiedlichen Schnittstellen der Krankenbehandlung, die bisweilen zu vollständigen Behandlungsabbrüchen führen. Da bei Kindern und Jugendlichen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen nicht immer davon ausgegangen werden kann, dass eine ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung allein ausreichend ist, werden in Absatz 4 weitere Leistungserbringer als patientenindividuelles Erweitertes Team aufgelistet, die bei Bedarf (bspw. im Rahmen von Fallkonferenzen) einbezogen werden können. Hierbei handelt es sich um Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V mit mindestens einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtung und mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V sowie um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Ergotherapie, Physiotherapie und für den Bereich der Stimm-, Sprech- Sprach und Schlucktherapie mit einer Zulassung nach § 124 SGB V, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege mit einer Zulassung nach § 132a SGB V, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie im Rahmen der Transition die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Soziotherapie mit einer Zulassung gemäß § 132b SGB V. Die Definition für ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischer Einrichtung für Kinder und Jugendliche ergibt sich aus § 17d Absatz 1 KHG.

Mit dieser Regelung soll sowohl der Einbezug der Leistungserbringer (wie bspw. der PIA) je nach patientenindividuellem Bedarf ermöglicht, als auch die Kommunikation und Vernetzung der beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an den Schnittstellen der Systeme ambulant-stationär sowie zwischen den Heilmittelerbringenden und den ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern weiter gestärkt und Kooperationen aufgebaut werden.

Die in Absatz 5 genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind daher ebenfalls zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt und damit nach dieser Richtlinie abrechnungsbefugt. Voraussetzung hierfür ist, dass diese den Gesamtbehandlungsplan anerkennen und sich bereit erklären, an den Fallbesprechungen der von ihnen versorgten Patientinnen und Patienten teilzunehmen.

Absatz 6:

Neben den in den Absätzen 1 bis 3 und in dem Absatz 5 adressierten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern des SGB V kann es erforderlich sein, je nach Bedarf eine Abstimmung mit weiteren Leistungserbringern und Akteuren teilweise auch aus anderen Sozialgesetzbüchern anzustreben. Hierbei handelt es sich um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie Akteure außerhalb des SGB V, mit denen eine Abstimmung mit Blick auf die in § 1 formulierten Versorgungsziele sinnvoll sein kann, die jedoch zum überwiegenden Teil nicht den Regelungen des SGB V unterliegen (bzw. teilweise nicht unmittelbar die Krankenbehandlung begleiten) und daher gemäß dieser Richtlinie nicht zu einer Zusammenarbeit verpflichtet werden können.

In vielen Fällen ist eine multiprofessionelle Fallbetrachtung und sozialgesetzbuchübergreifende Kooperation von essentieller Bedeutung für die Versorgung und Behandlung schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, weshalb häufig die Abstimmung mit den Akteuren außerhalb des SGB V erforderlich ist. Durch die Auflistung in Absatz 6 sollen die an der Versorgung der Patientinnen und Patienten gemäß § 4 Absatz 3 und 5 beteiligten Personen sensibilisiert werden, auch in einen Austausch mit Berufsgruppen und Einrichtungen außerhalb des SGB V zu treten und so die in § 1 formulierten Versorgungsziele zu verfolgen.

Dabei kann die Zusammenarbeit u. a. mit Jugendämtern und Einrichtungen der Jugendhilfe oder Rehabilitationseinrichtungen oder zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sehr wichtig sein. Weitere wichtige Einrichtungen können z.B. Suchtberatungsstellen, Traumaambulanzen, Selbsthilfeorganisationen und psychosoziale Einrichtungen sein. Ein zentrales Element ist hierbei die Zustimmung der Patientin oder des Patienten zum Austausch zwischen der Einrichtung, der nichtärztlichen koordinierenden Person und der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten. Der Umfang dieser nicht abschließenden Aufzählung macht deutlich, wie hoch der Bedarf bei insbesondere schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten an koordinierender Unterstützung und Begleitung ist.

Die Akteure und Einrichtungen im Sinne des Absatzes 6 können bei Bedarf ebenfalls für das Erweiterte Team vorgesehen und an Fallbesprechungen beteiligt werden, sind jedoch nicht zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt, d.h. eine Kostenübernahme für Leistungen anderer Sozialgesetzbücher durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V ist damit nicht verbunden. In Abgrenzung zu der Versorgung gemäß SGB V ergeben sich jedoch daraus keine Verpflichtungen beispielsweise für die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten, da keine Weisungskompetenz durch diesen Austausch etabliert wird.

Absatz 7:

In Absatz 7 wird klargestellt, dass sich die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten orientieren, dass aber auch Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, die nicht mehr verliehen werden, die aber inhaltlich den Vorgaben entsprechen, im Rahmen der Qualifikationsprüfungen die Anforderungen erfüllen.

Absatz 8:

In Absatz 8 wird festgelegt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Internet ein öffentliches Verzeichnis der teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und

Leistungserbringer gemäß Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 veröffentlichen. Dies dient einerseits dem Zusammenfinden potenzieller Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Erfüllung der Vorgaben in Absatz 3 zur Bildung eines Zentralen Teams. Es enthält demnach alle an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten und sich zur Teilnahme an dieser Versorgung bereit erklärenden, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. Den einzelnen Personen wird über diese Liste ermöglicht, sich selbstständig und patientenindividuell zusammenzufinden.

Die Veröffentlichung eines Verzeichnisses der an der Versorgung Teilnehmberechtigten soll andererseits den Übergang aus der stationären in die ambulante Versorgung erleichtern und zudem Akteuren aus anderen Hilfesystemen Orientierung verschaffen. Nicht zuletzt dient das Verzeichnis ebenso der Information der Patientinnen und Patienten, schafft es doch Transparenz über diese Versorgungsform.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen das Verzeichnis den zuständigen Landeskrankenhausesgesellschaften sowie den Landesverbänden der Krankenkassen quartalsweise in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

Sowohl für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche und ihre relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld als auch für die empfehlenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sowie Akteure besteht die Notwendigkeit der niedrigschwelligen Recherche von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die die Versorgung nach dieser Richtlinie anbieten. Die Arztsuche des nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V stellt für die Veröffentlichung dieser Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer eine geeignete Möglichkeit dar.

2.1.5 § 5 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

Absatz 1:

Brüche an den Übergängen der Versorgungssektoren, fehlende Kontinuität der behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die unzureichende Abstimmung von Versorgungsbestandteilen sind häufig berichtete Defizite bei der Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Zusätzlicher Abstimmungsbedarf mit den Ansprechpersonen der Hilfesysteme anderer Sozialgesetzbücher sowie Ansprechpersonen von Schule und Berufsstätte ist eine Besonderheit bei der Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen.

Deshalb wird als zentrales Element für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Absatz 1 eine Bezugärztin oder ein Bezugsarzt bzw. eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut etabliert, die oder der für die Dauer der Versorgung nach dieser Richtlinie als feste Ansprechpartnerin oder fester Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen zur Verfügung steht. Sie oder er erstellt den Gesamtbehandlungsplan und ist verantwortlich dafür, dass die diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt sind und entsprechend des Gesamtbehandlungsplans ineinandergreifen. Die Ärztin oder der Arzt oder die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut in der Bezugsfunktion gewährleistet insofern Beziehungsstabilität insbesondere für die schwer erkrankten Kinder und Jugendlichen.

Er oder sie trägt zudem die Verantwortung für das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile nach dieser Richtlinie. Die Koordinierung der Versorgungsangebote der im Gesamtbehandlungsplan festgelegten Behandlungs- und Unterstützungsmaßnahmen,

deren zeitliche Abläufe und die Abstimmung mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie Akteuren - auch anderer Sozialgesetzbücher - erfordert häufig eine entsprechende Fachexpertise. Daher ist festgelegt, dass die Hauptverantwortung der Koordinierung der Versorgung gemäß § 5 Absatz 5 nach dieser Richtlinie bei der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. dem der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten liegt.

Absatz 2:

Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut ist Teil des Zentralen Teams und gehört einer der in § 4 Absatz 1 genannten Berufsgruppen an. Sie oder er überträgt die Koordination der Versorgung der Patientin oder des Patienten, insbesondere gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3, unter Einhaltung der berufsrechtlichen Vorgaben an eine nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6.

Es ist nicht notwendig, dass alle erforderlichen Leistungen durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten selbst erbracht werden. So können Mitglieder des Zentralen Teams gemäß § 4 Absatz 3 die Eingangssprechstunde gemäß § 7 Absatz Nummer 1 durchführen oder an SGB-übergreifenden Abstimmungen gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 5c teilnehmen. Einschlägige berufsrechtliche und vertragsarztrechtliche Regelungen zu Diagnostik und Therapie sind zu beachten und bleiben von den Bestimmungen dieser Richtlinie unberührt.

Mit Blick auf das verfügbare Versorgungsangebot und im Sinne einer Stärkung der Strukturen des niedergelassenen-ambulanten Bereichs werden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in einer Psychiatrischen Institutsambulanz tätig sind, nicht als Bezugärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut und somit nicht als Teil des Zentralen Teams vorgesehen.

Absatz 3:

Die an der Versorgung der Patientin oder des Patienten gemäß § 4 Absatz 3 beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer legen im Anschluss an die Eingangssprechstunde jeweils fallbezogen, wer die Bezugsfunktion übernimmt. Bei der Wahl der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten werden sowohl die Patientin oder der Patient alters- und entwicklungsentsprechend, als auch relevante Bezugspersonen einbezogen.

Absatz 4:

Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut erstellen den Gesamtbehandlungsplan gemäß § 10 auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung. Die Festlegung der Bezugsfunktion sollte grundsätzlich für den gesamten Zeitraum der Versorgung gelten, um die Kontinuität im diagnostischen und therapeutischen Behandlungsprozess gewährleisten zu können. Dennoch kann auch ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten im Verlauf der Behandlung erforderlich werden. Die Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.

Absatz 5:

In Absatz 5 werden die Aufgaben der Bezugärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten bestimmt.

Zu 1.:

Die Bezugswärztin oder der Bezugswarzt bzw. die Bezugswpsychotherapeutin oder der Bezugswpsychotherapeut stellt auf Basis der diagnostischen Abklärung und in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten den Gesamtbehandlungsplan auf. Der Gesamtbehandlungsplan wird in regelmäßigen Zeitabständen im Hinblick auf die Krankheitsentwicklung der Patientin oder des Patienten einer Prüfung unterzogen und ggf. angepasst. Die Prüfung ist zu dokumentieren, unabhängig davon, ob eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans erfolgt. Die nichtärztliche koordinierende Person wird hierbei einbezogen, da diese das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, beispielsweise durch Terminvereinbarungen oder Motivierung der Patientin oder des Patienten zur Inanspruchnahme der Krankenbehandlung, übernimmt.

Zu 2.:

Die Bezugswärztin oder der Bezugswarzt bzw. die Bezugswpsychotherapeutin oder der Bezugswpsychotherapeut hat die Behandlung unverzüglich anzubahnen; entsprechend des patientenindividuellen Behandlungsbedarfs kann es sich dabei um geeignete ambulante, teilstationäre, stationsäquivalente oder vollstationäre Maßnahmen handeln.

Der Begriff Anbahnung stellt klar, dass zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die konkrete Einleitung oder Aufnahme einer (teil-)stationären oder stationsäquivalenten Behandlung zwar nicht veranlassen, jedoch anbahnen können.

Zu 3.:

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

Zu 4.:

Die Bezugswärztin oder der Bezugswarzt bzw. die Bezugswpsychotherapeutin oder der Bezugswpsychotherapeut trägt die Verantwortung für die Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie. Sie oder er ist insbesondere verantwortlich für notwendige Abstimmungen mit den an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie Akteuren nach § 4 Absatz 3 bis 5.

Zu 5.:

Im Rahmen der Koordination der Gesamtversorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie initiiert die Bezugswärztin oder der Bezugswarzt oder die Bezugswpsychotherapeutin oder der Bezugswpsychotherapeut die regelmäßigen Fallbesprechungen nach § 7 Absatz 2 Nummer 5.

2.1.6 § 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

Vorbemerkung:

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen mit zum Teil erheblichen Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags, der Selbstfürsorge, der Freizeit, im sozialen Miteinander und der schulischen oder beruflichen Leistungsfähigkeit einher. Viele schwer

psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche sind auch krankheitsbedingt nicht in der Lage, die notwendigen Behandlungsmöglichkeiten eigenständig in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig verlieren sie oder ihre relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld im komplexen psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem den Überblick. Die Inanspruchnahme der unterschiedlichen notwendigen Behandlungsmaßnahmen bei unterschiedlichen Berufsgruppen an unterschiedlichen Orten stellt nicht nur für die Patientin oder den Patienten oder ihre Sorgeberechtigten, sondern auch für die Behandlungsplanung eine besondere Herausforderung dar.

Absatz 1:

Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben und dem patientenindividuellen Bedarf durch die Bezugssärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen, das heißt der Umfang der auf den nichtärztlichen Koordinator übertragenen Aufgaben bestimmt sich patientenindividuell. Die in § 7 Absatz 2 Nummer 3 definierten Aufgaben der nichtärztlichen koordinierenden Person sind im Sinne einer Delegation nicht substituierend vorgesehen. Dies bedeutet, dass neben den dort aufgelisteten Tätigkeiten die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt oder die Vertragspsychotherapeutin oder der Vertragspsychotherapeut weiterhin das Spektrum der vorgesehenen Leistungen im EBM erfüllen kann; hierzu zählen auch aufsuchende Leistungen wie beispielsweise die Gebührenordnungsposition 01410 (Besuch eines Kranken wegen der Erkrankung ausgeführt).

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

Die Koordinationsfunktion sollte für jede Patientin oder jeden Patienten grundsätzlich kontinuierlich durch dieselbe Person übernommen werden, damit sich ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann. Daher soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende nichtärztliche Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist. Zudem wird die Durchgängigkeit der unterstützenden Koordination über Grenzen von Versorgungsbereichen hinweg angestrebt und das Kind oder der Jugendliche unterstützt, seine Interessen im Rahmen der Versorgung zu wahren.

Absatz 2:

In § 6 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die diese Koordinationsfunktion zur Unterstützung der Bezugssärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin

oder des Bezugspsychotherapeuten übernehmen können. Da es sich insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen um komplexe Krankheitsbilder handelt, ist Voraussetzung für die Koordinationsunterstützung entweder eine Zusatzqualifikation zur Belegung von Kenntnissen im Umgang mit psychischen Störungen oder eine zweijährige Berufserfahrung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. Dies ist erforderlich, um den spezifischen Anforderungen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden. Bei der Berufserfahrung können Ausbildungszeiten berücksichtigt werden. Bei der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen unter Nummer 6 sind akademisch ausgebildete Pflegekräfte mit umfasst. Die Aufzählung unter der Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ist nicht abschließend, um den Einsatz von Personal gleichwertiger Berufsabschlüsse insbesondere im Bereich der Pädagogen aber auch bspw. der Erziehungswissenschaft zu ermöglichen. So sind besonders auch Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen, Kindheitspädagoginnen und Kindheitspädagogen, Entwicklungspädagoginnen und Entwicklungspädagogen mit ihren erworbenen Kompetenzen geeignet, die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen bei der Koordinierung zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Inklusionspädagoginnen und Inklusionspädagogen, die einen besonderen Fokus auf Teilhabe und Inklusion mit heilpädagogischen Inhalten haben. Darüber hinaus arbeiten bspw. auch Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen im Bereich der sozialarbeiterischen Regelaufgaben in der medizinischen Versorgung. Mit ihren pflegerischen Kenntnissen in Kombination mit Kompetenzen im Bereich Beratung und Informationsvermittlung sind auch sie grundsätzlich geeignet, Aufgaben in diesem Bereich zu übernehmen. Ein weiteres Beispiel sind die Gesundheitspädagoginnen und Gesundheitspädagogen. Durch ihre Kompetenzen fördern sie darüber hinaus das Gesundheitsbewusstsein und haben fundierte Kenntnisse in der gesundheitlichen Pädagogik und Beratung.

2.1.7 § 7 Aufgaben und Organisation der Versorgung

Absatz 1:

In § 7 werden die Aufgaben und Leistungen der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Personen nach § 4 Absatz 3 festgelegt; sie haben durch eine geeignete Organisation dafür Sorge zu tragen, dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten entsprechend der Richtlinie erfolgt.

Die Aufgaben, die in den folgenden Absätzen definiert sind, enthalten teilweise originäre Aufgaben der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten (vgl. § 5 Absatz 5 Nummer 1 - 4). Die darüber hinaus festgelegten Aufgaben können unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Regelungen prinzipiell von allen Mitgliedern des Zentralen Teams nach § 4 Absatz 3 übernommen werden.

Um eine kontinuierliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass eine persönliche Kontinuität über die verschiedenen Aufgaben hinweg und eine gut organisierte und funktionierende Schnittstelle zwischen den verschiedenen Sektoren und Leistungserbringern vorhanden ist, auch, damit alle Beteiligten an der gleichen Zielsetzung arbeiten.

Eine maßgebliche Aufgabe bei der Organisation und Koordinierung der Aufgaben kommt der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten zu. Sie oder er trägt die Verantwortung für die Koordinierung der Gesamtversorgung nach dieser Richtlinie und sollte damit ebenfalls abstimmen, welche

Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer im Zentralen Team nach § 4 Absatz 3 welche Aufgaben konkret übernehmen. Sie oder er überträgt entsprechend des patientenindividuellen Bedarfs die Koordinationsaufgaben gemäß § 7 Absatz 2 Nummer 3 an eine nichtärztliche koordinierende Person nach § 6.

Bei folgenden Aufgaben ist das vollständige Zentrale Team nach § 4 Absatz 3 einzubinden: Bei mindestens einer Fallbesprechung nach § 7 Absatz 2 Nummer 5 Buchstabe a müssen die psychiatrischen und psychotherapeutischen Teammitglieder des sich im Patientenfall individuell gebildeten Teams, also auch die Personen, die nicht die Bezugsfunktion übernommen haben, und die nichtärztliche-koordinierende Person teilnehmen. Bei der Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans nach § 10 sind ebenfalls auch die Personen des gebildeten Teams zu beteiligen, die nicht die Bezugsfunktion übernommen haben. Diese beiden Aufgaben stellen das Minimum der Zusammenwirkung des Zentralen Teams nach § 4 Absatz 3 dar.

Absatz 2:

Absatz 2 regelt, dass die bereits im SGB V bestehenden Diagnostik- und Behandlungsleistungen um weitere für diese neue Versorgung spezifische Leistungen ergänzt werden. Zu diesen Leistungen gehören der Beginn der Versorgung (Eingangssprechstunde, differentialdiagnostische Abklärung), die individuelle Fallbegleitung (Koordination der Versorgung), die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes und die interdisziplinären Fallbesprechungen.

Zu Nummer 1: Eingangssprechstunde

Die Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach § 4 Absatz 3, also diejenigen, die sich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Versorgung nach dieser Richtlinie erklärt haben, bieten für die Patientinnen und Patienten Eingangssprechstunden an. Mit der Eingangssprechstunde beginnt die Versorgung nach dieser Richtlinie. Die Eingangssprechstunde soll zeitnah umgesetzt werden, um eine möglichst nahtlose Versorgung zu ermöglichen. Der dafür bestimmte Zeitkorridor im Sinne des § 8 Absatz 3 von zehn Werktagen orientiert sich an der Versorgungsrealität und den Möglichkeiten der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen einerseits und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten andererseits. Die Eingangssprechstunde dient dazu, eine erste Diagnostik durchzuführen, um festzustellen, ob die Patientin oder der Patient die Voraussetzungen nach § 2 zur Behandlung nach dieser Richtlinie erfüllt. Da es sich, anders als bei den allgemeinen Terminvermittlungen nach § 75 Absatz 1a SGB V, bei der Eingangssprechstunde nach dieser Richtlinie um einen spezifischen Termin handelt, der mit weiteren Veranlassungen verbunden sein kann, weicht diese Frist von der allgemeinen Vorgabe ab.

Wesentlich sind bei der Eingangssprechstunde die Aufklärung und individuelle Beratung der Patientin oder des Patienten, inklusive der Klärung, welcher Behandlungsumfang besteht. Ärztliche und therapeutische Vorbefunde werden hinzugezogen.

Die Versorgung soll auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten erfolgen. Daher ist es wesentlich, dass in der Eingangssprechstunde der Patientin oder dem Patienten in einer auf das Alter bzw. den jeweiligen Entwicklungsstand angepassten Sprache die Struktur und der Inhalt bzw. das Ziel und der Zweck der Komplexversorgung nähergebracht und erläutert wird. Es ist zu klären und zu dokumentieren, ob bereits eine Versorgung nach dieser Richtlinie oder gemäß Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (§ 85 Absatz 2 Satz 4 SGB V) besteht (§ 9 Absatz 4). Je nach Entwicklungsstand ist die Einwilligungsfähigkeit zu klären und ggfs. die minderjährige Patientin oder der Patient selbst aufzuklären, sowie außerdem auch Sorgeberechtigte.

Zu Nummer 2: Differentialdiagnostische Abklärung

Schwere psychische Erkrankungen gehen oftmals mit somatischen Komorbiditäten einher; sofern nach einer ersten Untersuchung und Diagnosestellung in der Eingangssprechstunde festgestellt wurde, dass eine Patientin oder ein Patient die Voraussetzungen nach § 2 zur Behandlung nach dieser Richtlinie erfüllt, ist es erforderlich, dass die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah begonnen wird, um den Gesamtbehandlungsplan zu erstellen und mit der koordinierten Versorgung nach dieser Richtlinie beginnen zu können. Dabei ist mit der Bildung des Zentralen Teams gemäß § 4 Absatz 3 eine kurzfristige Abklärung zu gewährleisten.

Zu Nummer 3: Koordination der Versorgung

Ein weiteres wichtiges Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Koordination der Versorgung durch die nichtärztliche koordinierende Person. Schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit einem komplexen Behandlungsbedarf sind in besonderem Maße auf eine Versorgungskoordination angewiesen. Die Koordinationsfunktion umfasst insbesondere die Sicherstellung der Vernetzung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, die Terminvereinbarung sowie auch das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten, bei Bedarf das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld sowie die Motivation der Patientin oder des Patienten die Krankenbehandlung aufrechtzuerhalten. Die nichtärztliche koordinierende Person gewährleistet einen Informationsfluss zwischen den verschiedenen Leistungserbringern des SGB V, zwischen den Sektoren und den komplementären Behandlungen und Teilhabemaßnahmen aus anderen Sozialgesetzbüchern, soweit möglich. Für die junge Patientin oder den jungen Patienten ist es wichtig, dass eine Person sie systematisch und kontinuierlich im Rahmen der Versorgung unterstützt und begleitet. Dies beinhaltet den Aufbau einer stabilen Beziehung mit der Patientin oder dem Patienten, die Unterstützung und Wahrung ihrer oder seiner Interessen in der Versorgung sowie die Motivierung der Patientin oder des Patienten für die verschiedenen Behandlungsleistungen. Hierdurch soll die Versorgung nach dieser Richtlinie nach dem patientenindividuellen Behandlungsbedarf sichergestellt werden. Maßnahmen und Angebote anderer Hilfe- und Unterstützungssysteme sind bei der Koordination zu berücksichtigen; insofern kann – patientenindividuell und wie in der Vorbemerkung zu dieser Richtlinie thematisiert – der Bedarf für weitere Abstimmungen mit den Ansprechpersonen anderer Hilfe- und Unterstützungssysteme bestehen. Die Koordination der Versorgung umfasst insbesondere die in den Buchstaben a. bis d. benannten Aufgaben; die in den Buchstaben e. bis g. benannten Aufgaben sind ebenfalls Teil der Koordination, sofern diese für die Patientin oder den Patienten erforderlich sind und die Ausprägung der Symptomatik einer Delegation dieser Aufgaben an die nichtärztliche koordinierende Person nicht entgegensteht:

Zu Buchstabe a:

Insbesondere schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche haben oftmals Probleme, Termine für notwendige Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren; bei jungen Patientinnen und Patienten kommt es auf die Stabilität und Unterstützungsmöglichkeiten des Bezugssystems an. Daher ist es die Aufgabe der koordinierenden Person, entsprechende Termine für erforderliche Behandlungen für die Patientin oder den Patienten zu vereinbaren und auf die Wahrnehmung der Termine hinzuwirken. Davon umfasst sind auch ggf. notwendige Termine mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zur Behandlung von somatischen Komorbiditäten.

Zu Buchstabe b:

Eine häufig bestehende Schwierigkeit bei Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass die kontinuierliche Fortführung einer

Behandlung aufgrund des eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus nicht gelingt. Genau an dieser Stelle soll angesetzt werden, indem ein patientenindividuelles Rückmeldesystem erarbeitet wird, das einerseits zur Förderung von Adhärenz führt und andererseits Handlungsoptionen aufzeigt, die die Resilienz stärken. Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens ist, dass transparent wird, wenn die Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten abbricht und entsprechend interveniert werden kann. Abhängig vom Alter der Patientin oder des Patienten wird dieses Rückmeldesystem mit den Sorgeberechtigten erarbeitet.

Zu Buchstabe c:

Um die Teilhabe im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen, ist die Abstimmung auf verschiedenen Ebenen und zwischen verschiedenen Professionen erforderlich, so dass die für die Versorgung notwendigen und im Gesamtbehandlungsplan aufgestellten verschiedenen medizinischen, psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen, krankenpflegerischen, ergotherapeutischen Leistungen mit Leistungen anderer relevanter Einrichtungen und Dienste (z.B. kinderpsychiatrische Dienste, Jugendamt, Eingliederungshilfe, Kindergarten, schulpсихологischer Dienst) abgestimmt und an den individuell vorliegenden Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichtet werden. Dabei kann es sich sowohl um rein organisatorische Aufgaben handeln, als auch um einen ärztlichen oder psychotherapeutischen fachlichen Austausch bzw. Aufklärungsgespräche mit den Ansprechpersonen aus den jeweiligen Settings oder Hilfesystemen anderer Sozialgesetzbücher. Hier sollte ein regelmäßiger Austausch mit den weiteren an die Versorgung der Patientin oder des Patienten angrenzenden Hilfe- und Unterstützungssystemen, z. B. im Rahmen von Hilfekonferenzen, ermöglicht werden, um Hindernisse oder Schnittstellen zu identifizieren und damit das weitere Vorgehen abzustimmen. Entsprechend soll auch die Organisation und Durchführung einer an den Bedürfnissen des Kindes oder Jugendlichen ausgerichteten Netzwerkarbeit (d.h. der Aufbau von Kommunikationswegen und die Schaffung von niedrigschwelligen Abstimmungsmöglichkeiten) mit den Bezugspersonen des Kindes oder Jugendlichen sowie mit relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher beinhaltet sein. Diese Netzwerkarbeit soll die Verbesserung der Kommunikation, die Koordination der Behandlung sowie Unterstützung bei der Abstimmung der Zielsetzungen der erbrachten Leistungen ggfs. auch über die Sozialgesetzbücher hinaus und die Unterstützung der sozialen Inklusion umfassen.

Zu Buchstabe d:

Die nichtärztliche koordinierende Person organisiert die interdisziplinären Fallbesprechungen gemäß Nummer 5 mit den jeweils Beteiligten des Zentralen Teams und ggf. weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern gemäß § 4 Absatz 5 und ggf. Akteuren gemäß Absatz 6.

Zu Buchstabe e:

Die Patientin oder der Patient ist, sofern erforderlich, mit ihrem bzw. seinem Einverständnis und dem Einverständnis der Sorgeberechtigten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufzusuchen, um den Kontakt zum Versorgungssystem zu halten und drohende Behandlungsabbrüche zu vermeiden, aber auch, um die Patientin oder den Patienten in ihrem oder seinem gewohnten Lebensumfeld zu sehen und zu erleben. Die ärztliche Schweigepflicht und die berufsrechtlichen sowie sozialrechtlichen Verpflichtungen zur persönlichen Leistungserbringung durch die Bezugsarztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten sind bei der Delegation der Besuche zu beachten.

Zu Buchstabe f:

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

Zu Buchstabe g:

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

Zu Nummer 4: Erstellen und Überprüfung eines Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10

Nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie sollte die sich anschließende Behandlung möglichst schnell beginnen. Als erster Schritt erfolgt hierzu die Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes (siehe § 10) auf Grundlage der differenzialdiagnostischen Abklärung. Die Erstellung und Fortführung des Gesamtbehandlungsplans mit Therapiezielen und -maßnahmen ist im Zentralen Team nach § 4 Absatz 3 und patientenindividuell ggf. mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 4 abzustimmen und zu organisieren.

Die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans wird neu als Leistung in der Versorgung nach dieser Richtlinie definiert, da es sich um einen komplexen Prozess handelt, der in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und ggf. Sorgeberechtigten, unter Zuhilfenahme der nichtärztlichen koordinierenden Person und ggf. weiterer an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer stattfindet. Der Gesamtbehandlungsplan wird durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten erstellt und auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichtet – auch unter Einbezug weiterer an der Behandlung beteiligter Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V.

Im Rahmen der Erarbeitung des Gesamtbehandlungsplans kann auch Schulung und Psychoedukation eingesetzt werden. Diese Maßnahmen dienen dazu ein Grundverständnis für die Erkrankung und die geplanten Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Dadurch soll die Patientenmotivation für eine adhärente Krankenbehandlung gefördert werden, zudem bieten sie Unterstützung, stabilisieren das Umfeld und fördern damit die Entwicklung der erkrankten Kinder und Jugendlichen. Es handelt sich dabei spezifisch um therapeutisch angeleitete Begleitungen von Patientinnen und Patienten sowie deren relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld, zu Grundlagenwissen über ihre Erkrankungen und Interventionsmöglichkeiten.

Bei Bedarf sollen auch Akteure außerhalb des SGB V bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden. Das Nähere zur Erstellung des Gesamtbehandlungsplans, wie u.a. die halbjährliche Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen zur Versorgung nach dieser Richtlinie, ist unter § 10 festgelegt.

Zu Nummer 5: Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Die Durchführung und Planung regelmäßiger patientenorientierter Fallbesprechungen zwischen den an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach § 4 Absatz 3 und ggf. weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern sowie Akteuren nach § 4 Absatz 5 und 6 ist ein zentrales Aufgabenfeld zur Gewährleistung der effektiven Versorgung nach dieser Richtlinie. Die Fristen einer erstmaligen Fallbesprechung einen Monat nach der Eingangssprechstunde sowie die Organisation weiterer Fallbesprechungen stellen auf die Schwere der Erkrankung sowie auf die Koordinierung mehrerer Maßnahmen der Krankenbehandlung ab. Hierbei können auch Telekonsile oder Videokonsultationen im vertragsarztrechtlichen und berufsrechtlichen zulässigen Maße genutzt werden. Die Ergebnisse der Fallbesprechung sind bei der Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes zu berücksichtigen.

Mindestens einmal im Quartal ist die Teilnahme derjenigen Personen des Zentralen Teams nach § 4 Absatz 3, die nicht die Bezugsfunktion übernommen haben, verbindlich. Diese Mindestvorgabe bildet das fachliche vier-Augenprinzip einer komplementären Versorgung ab und ist auf die jeweilige Abstimmungsintensität je Patientin oder Patient anzupassen.

Insbesondere der wechselseitige Austausch mit den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe, den Beteiligten an Schule oder Ausbildungsstätte zur Therapieplanung und -durchführung wurde in den Expertenanhörungen als strukturelles Defizit unterstrichen und ist daher als eigener Aufgabenbereich beschrieben. Dieser Austausch sichert die Entwicklungsförderung und soll zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen beitragen. Die Teilnahme an interdisziplinären Hilfskonferenzen und Fallbesprechungen soll ebenfalls umfasst sein. Diese Anforderung bezieht sich auf die Teilnehmenden aus dem Regelungsbereich des SGB V; es werden keine Verpflichtungen für Teilnehmende aus dem Regelungsbereich anderer Sozialgesetzbücher definiert.

Die Leistungen Nummer 1 bis 5 in diesem Absatz weisen per se schon einen hohen Grad der Interdisziplinarität auf; dies wird noch einmal erweitert, indem ausgeführt wird, dass zudem Akteure außerhalb des SGB V bei Bedarf berücksichtigt werden sollen. Aus dieser Zusammenarbeit ergeben sich jedoch keine Verpflichtungen für die verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer bzw. –träger des SGB V. So bleibt die Verantwortung und die Regelungshoheit für die Leistungserbringung nach den jeweiligen Sozialgesetzbüchern unberührt und es ergeben sich auch keine zusätzlichen Finanzierungsverpflichtungen. Der Mehrwert dieser Zusammenarbeit liegt vielmehr in einer konzertierten sozialgesetzbuchübergreifenden Ausrichtung und fundierten Planung der Behandlungsleistungen und der erforderlichen individuellen Maßnahmen.

Absatz 3:

Die an der Versorgung nach dieser Richtlinie Teilnehmenden haben dafür Sorge zu tragen, sich mit der Prävention von und der Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) gemäß der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) zu befassen und konkrete Schritte und Maßnahmen zur Prävention und Verbesserung des Schutzes von den psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen (Schutzkonzept) zu erarbeiten. Die QM-RL stellt dazu in Teil A § 4 Absatz 2 folgendes dar:

„Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Je nach Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und Patienten Klientel wird über das spezifische Vorgehen zur Sensibilisierung des Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen, entschieden. Dies können u. a. sein: Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte. Einrichtungsintern dienen unter anderem wertschätzender Umgang, Vermeidung von Diskriminierung oder Motivation zu gewaltfreier Sprache diesem Ziel. Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, müssen sich gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) befassen. Daraus werden der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend, konkrete Schritte und Maßnahmen abgeleitet (Schutzkonzept).“

In den Tragenden Gründe zu Teil A § 4 Absatz 2 QM-RL werden nähere Erläuterungen zu den Regelungen und den verwendeten Begriffen gegeben und mögliche Elemente der Schutzkonzepte dargelegt.

Absatz 4:

In der Versorgung von Kindern –und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen spielt die kontinuierliche Abstimmung und Kommunikation der an der Versorgung der Patientin oder des Patienten beteiligten Personen eine wichtige Rolle. Daher können ebenfalls telemedizinische Versorgungsmöglichkeiten, wie Telekonsilien, Videofallbesprechungen, Videosprechstunden oder telefonische Beratungen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und der Vorgaben der Anlage 31b des BMV-Ä eingesetzt werden. Die genannten Optionen sind bereits Bestandteil sozialgesetzlicher Versorgung und können die Versorgung nach dieser Richtlinie mit Blick auf die regionale Versorgungsdichte sinnvoll ergänzen und insbesondere die Abstimmung und den fachlichen Austausch mit anderen Hilfe- und Unterstützungssystemen fördern.

Neben Videofallbesprechungen können insbesondere vertragsärztliche und sektorenübergreifende Telekonsilien Anwendung finden. Ein Telekonsilium ist die zeitgleiche oder zeitversetzte Kommunikation zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Dabei tauschen sie sich auf elektronischem Weg über eine patientenbezogene Fragestellung aus. Die Kommunikation umfasst sowohl die Übermittlung der Fragestellung als auch deren Beantwortung; möglich ist auch ein Videokonsilium, an dem die Patientin oder der Patient teilnimmt.

2.2 B. Patientenversorgung

2.2.1 § 8 Zugang

Vorbemerkung:

Die in § 8 getroffenen Regelungen legen Vorgaben für den Zugang der Kinder und Jugendlichen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen zu der Versorgung nach dieser Richtlinie fest. Im Rahmen der Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss wurden verschiedene Anhörungen zu dem in dieser Richtlinie ausgestalteten Versorgungsangebot durchgeführt. In diesem Kontext wurde deutlich, dass ein deutlicher Unterschied in der Versorgung von Erwachsenen auf der einen Seite und Kindern und Jugendlichen auf der anderen Seite besteht; während Erwachsene häufig nicht ohne Weiteres in das Gesundheitssystem gelangen, ist dies bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der Integration in die verschiedenen Versorgungssysteme (teilweise auch in anderen Sozialgesetzbüchern, z.B. Schule oder Jugendamt) anders. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass der größte Teil der Patientinnen oder Patienten sich bereits in einer Krankenbehandlung befindet.

Absatz 1:

In Absatz 1 wird klargestellt, dass die Versorgung nach dieser Richtlinie keiner Überweisung bedarf. Durch die Niedrigschwelligkeit des Zugangs sollen auch zusätzliche Mehraufwände durch die regelmäßige Beschaffung von Überweisungen für die häufig bereits stark belasteten Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen vermieden werden. Prinzipiell können alle Ärztinnen und Ärzten als auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die in § 4 Absatz 5 und Absatz 6 Nummer 1 und 5 aufgeführten Berufsgruppen, Disziplinen und Einrichtungen eine Empfehlung für die Versorgung nach dieser Richtlinie aussprechen. Diese Regelung entspricht sinngemäß der Regelung der KSVPsych-Richtlinie für Erwachsene und trägt dem Umstand Rechnung, dass neben Sozialpsychiatrischen Diensten in manchen Regionen auch Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste bestehen. Damit soll sichergestellt werden, dass die neue Versorgung nach dieser Richtlinie den Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen bekannt und zugänglich gemacht wird. Daneben kann eine Empfehlung der Beginn einer übergreifenden Kooperation sein, wie sie insbesondere durch die Regelungen dieser Richtlinie angestrebt wird. Eine Verpflichtung zur Abgabe einer Empfehlung, auch für die Beteiligten nach § 4 Absatz 5, ist damit nicht verbunden; sie kann aber bereits eine Einschätzung zum komplexen Versorgungsbedarf enthalten.

Absatz 2:

In Absatz 2 wird entsprechend der Regelungen in Absatz 1 auch für stationäre und teilstationäre Einrichtungen sowie für Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, die Möglichkeit geschaffen, Patientinnen und Patienten die Versorgung nach dieser Richtlinie zu empfehlen. Bei den Einrichtungen kann es sich sowohl um Krankenhäuser wie auch um Rehabilitationseinrichtungen handeln. Die Richtlinie sieht den Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie über das Entlassmanagement als Empfehlung („Empfehlung für die Behandlung nach dieser Richtlinie“) vor. Empfehlungen sollten im Rahmen des Entlassmanagements in den Entlassbrief aufgenommen werden.

Absatz 3:

Ein häufiges Problem für Patientinnen und Patienten bzw. auch teilweise für Sorgeberechtigte besteht in der Schwierigkeit des Zugangs, d.h. die erforderliche Krankenbehandlung zu organisieren. Aus diesem Grund soll eine Übersicht mit geeigneten Versorgungsangeboten zur Verfügung gestellt werden. Grundlage hierfür ist die Veröffentlichung entsprechender Verzeichnisse durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 4 Absatz 7. Sofern die

Patientin oder der Patient eingewilligt hat, kann von einer empfehlenden Leistungserbringerin oder einem empfehlenden Leistungserbringer nach Absatz 1 oder 2 der Termin vereinbart werden, welcher in der Regel innerhalb von 10 Werktagen nach Empfehlung stattfindet.

Absatz 4:

Die Vorgaben zu Aufklärung und Einwilligung ergeben sich aus den §§ 630 d und 630e BGB sowie aus den berufsrechtlichen Vorgaben der (Muster-) Berufsordnungen der Ärzte und Psychotherapeuten.

Die Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen¹³ regelt beispielsweise in § 12 den Umgang mit minderjährigen Patientinnen und Patienten. Der Umgang mit eingeschränkt einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten ist in § 13 geregelt.

Daher wird in der Richtlinie selbst auf die gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorgaben einschließlich der unmittelbar geltenden Datenschutz-Grundverordnung verwiesen; konkret sind insbesondere folgende Aspekte zu beachten:

Die Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgt auf Basis einer informierten Einwilligung der Patientin oder des Patienten.

Patientinnen und Patienten sind vor Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie umfassend über das Versorgungsangebot in für die Patientin oder den Patienten individuell verständlicher Sprache zu informieren, insbesondere allgemein über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots. Es gelten die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen über die Aufklärung und Erteilung der Einwilligung bei einwilligungsfähigen und einwilligungsunfähigen Patientinnen und Patienten.

Auf Basis des Gesamtbehandlungsplans erfolgt eine Information über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen sowie den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen.

Es ist sicherzustellen, dass die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten eingeholt werden und insbesondere bei der Hinzuziehung von weiteren zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie noch nicht beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Einrichtungen auch hierfür entsprechende Einwilligungserklärungen im Laufe der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie eingeholt werden. Auch für die regelhafte Einbeziehung von Sorgeberechtigten oder relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten einzuholen.

2.2.2 § 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

Absatz 1:

In Absatz 1 wird festgelegt, dass in der Eingangssprechstunde durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 geprüft wird, ob die in § 2 genannten Kriterien vorliegen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nehmen diese Überprüfung im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie vor, sofern sie vertragsärztlich tätig sind und die Psychotherapie-

¹³ (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, Stand: 05. Mai 2021; Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen, Stand 14. Mai 2022

Richtlinie daher für sie Anwendung findet. Das Gesamtbild der Beschwerden der Patientin oder des Patienten wird in der differenzialdiagnostischen Abklärung erfasst. Die Patientengruppe, die durch die Regelungen in § 2 definiert wird, hat aufgrund des Bedarfs einer komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung und den schwerwiegenden Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankung einen umfassenden Bedarf an einer psychischen, somatischen und sozialen differenzialdiagnostischen Abklärung. Die Erfassung und Differenzierung dieser komplexen Behandlungsbedarfe erfordern fundierte Kompetenzen. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes und der zu ergreifenden Behandlungsoptionen ist es erforderlich, dass sowohl somatisch-medizinische, sozialmedizinische und pharmakologische Kompetenzen als auch umfassende und differenzierte psychotherapeutische Kompetenzen vorliegen. Die notwendigen somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungselemente sollen Eingang in den Gesamtbehandlungsplan finden; darüber hinaus werden die häufig mitbestehenden relevanten Belange von Lebensumfeld, und ggf. Schwerbehinderung sowie Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit berücksichtigt. Mit Blick auf Entwicklungsaspekte sowie auf existenzielle und juristische Abhängigkeiten sind Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen in der Regel triadisch angelegt. Ob und zu welchen Zeitpunkten und in welchem Umfang relevante Bezugspersonen in die Behandlungsplanung einbezogen werden, ist eine therapeutische Entscheidung im jeweiligen individuellen Fall. Im Ergebnis der differenzialdiagnostischen Abklärung ist zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Sollten die Kriterien gemäß § 2 nicht erfüllt sein, ist eine Erbringung von Leistungen gemäß dieser Richtlinie nicht möglich.

Absatz 2:

In Absatz 2 wird festgelegt, dass für die Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die im SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stehen und dass sich die Wahl der Intervention nach der jeweils vorliegenden Diagnose und dem Schweregrad der vorliegenden psychischen Erkrankung richtet. Bei der Versorgung nach dieser Richtlinie handelt es sich nicht um ein neues Behandlungsangebot, sondern um ergänzende Versorgungselemente, die die Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher koordinieren und strukturieren sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit, sowohl berufsgruppen- als auch sektorenübergreifend unterstützen soll. Die Richtlinie gibt vor, dass erforderliche Behandlungsmaßnahmen unmittelbar eingeleitet werden.

Absatz 3:

In Absatz 3 ist geregelt, dass die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Sorgeberechtigte bei Bedarf auf Maßnahmen und Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen werden, da schwere psychische Erkrankungen neben der eigentlichen Krankenbehandlung oftmals auch Unterstützung in weiteren Bereichen oder auch im sozialen Umfeld erforderlich machen. Hierbei kann insbesondere auf die nachfolgenden Einrichtungen und Angebote verwiesen werden:

1. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste bei Gesundheitsämtern,
2. Erziehungsberatung und Sozialpädagogische Familienhilfe (§§ 28 und 31 SGB VIII),
3. Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung für Jugendliche (§ 35 SGB VIII),
4. Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung (§ 35 a SGB VIII),
5. Früherkennung und Frühförderung (§ 46 SGB IX),
6. Akteure zur Teilhabe am Arbeitsleben,

7. Gemeindepsychiatrische Verbünde und ähnliche durch Landesrecht vorgesehene Verbünde oder Arbeitsgemeinschaften,
8. Beratungsstellen in freier Trägerschaft, z.B. Kinderschutzbund, Jugendberatungsstellen, Psychosoziale und Suchtberatungsstellen für Jugendliche, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Fachberatungsstellen für Krisenintervention und Suizidprävention
9. Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
10. bei Heranwachsenden ggfs. auch Werkstätten für psychisch erkrankte Menschen,
11. Selbsthilfegruppen für Kinder und Jugendliche.

Dabei soll sowohl zu Beginn als auch während der Versorgung bei Bedarf auf Unterstützungsangebote für Bezugspersonen hingewiesen werden.

Absatz 4:

In diesem Absatz ist festgelegt, dass eine parallele Behandlung einer Patientin oder eines Patienten nach dieser Richtlinie ausgeschlossen ist. Die Regelung zielt darauf ab, dass nicht mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer unkoordiniert mit Patientinnen oder Patienten arbeiten und damit die Idee dieser Versorgung – nämlich einer strukturierten und koordinierten interdisziplinären Versorgung – in Frage stellen, da die Leistungen mehrfach erbracht werden und nicht ineinandergreifen; dies gilt nicht nur für eine Parallelbehandlung durch mehrere Teams, sondern setzt auch innerhalb des Zentralen Teams eine klare Aufgabenteilung voraus. Zudem kann beispielsweise eine unkoordinierte, doppelte Verordnung des gleichen Heilmittels durch unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer auch unterschiedliche Zielsetzungen haben und nicht mehr im Einklang mit dem Gesamtbehandlungsplan stehen. Darüber hinaus widerspricht eine doppelte Verordnung derselben Maßnahmen dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Darüber hinaus wird ein Ausschluss von Leistungen nach dieser Richtlinie und Leistungen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) oder der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL für Erwachsene) geregelt. Die Regelungen dieser Richtlinie weisen gewisse Überschneidungen bei den Koordinationsleistungen mit der SPV und der KSVPsych-RL für Erwachsene auf. Die Zielsetzungen und die Patientengruppen der verschiedenen Versorgungsangebote sind jedoch nicht gleichzusetzen; entsprechend ist bei einer gleichzeitigen Behandlung der Kinder und Jugendlichen in den verschiedenen Angeboten zu befürchten, dass die strukturierenden Elemente der jeweiligen Versorgung sowie die damit verbundenen Zielsetzungen zu einer Vermischung führen und die Wirksamkeit des jeweiligen Behandlungsansatzes absenken könnten.

Wird ein Jugendlicher in der neuen Komplexversorgung nach dieser Richtlinie versorgt und erreicht die Volljährigkeit, so ist – falls eine Komplexversorgung weiterhin notwendig ist – rechtzeitig die Überleitung in die Komplexversorgung für Erwachsene anzubahnen. Ein möglicher Transitionsbedarf gemäß § 3 ist hierbei zu berücksichtigen.

2.2.3 § 10 Gesamtbehandlungsplan

Vorbemerkung:

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

Absatz 1:

In Absatz 1 werden Vorgaben für den Gesamtbehandlungsplan getroffen, der auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung zu erstellen ist. Der Gesamtbehandlungsplan soll auf einer umfassenden Anamnese basieren, insofern werden auch Angaben zu weiteren somatischen Komorbiditäten oder deren Abklärungs- oder Behandlungsbedürftigkeit aufgenommen. Dieser Gesamtbehandlungsplan wird durch die Bezugsärztin bzw. den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin bzw. den Bezugspsychotherapeuten gemäß § 5 unter Einbeziehung der Patientin oder des Patienten erstellt.

Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans werden sowohl die Patientinnen und Patienten, als auch die weiteren Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer nach § 4 Absatz 3, die nicht die Bezugsfunktion übernommen haben, sowie bei Bedarf weitere Leistungserbringer und Akteure nach § 4 Absatz 4 einbezogen. Dabei werden die Patientinnen und Patienten alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung beteiligt und ihre Sorgeberechtigten bei Bedarf in Planung und Gestaltung einbezogen (vgl. § 5).

Die Verantwortung für die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans verbleibt bei der Bezugsärztin bzw. dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten. Davon bleibt unberührt, dass jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer berufs-, haftungs- und vertragsarztrechtlich die Erbringung seiner ihr oder ihm obliegenden Behandlungen weiterhin selbst verantwortet.

Zur Abstimmung informiert die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut zunächst die an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu beteiligenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und die nichtärztliche koordinierende Person über den von ihr oder ihm aufgestellten Gesamtbehandlungsplan; diese geben der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten eine Rückmeldung, sofern eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans erforderlich erscheint.

Die weitere Abstimmung der Versorgung und ggf. notwendige Anpassungen des Gesamtbehandlungsplans erfolgen in den regelmäßig durchzuführenden Fallbesprechungen gem. § 7 Absatz 2 Nummer 4. Unberührt bleibt die fortwährende Möglichkeit der Anzeige von Änderungsbedarfen gegenüber der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten nach Absatz 4.

Absatz 2:

Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele und umfasst insbesondere alle individuell erforderlichen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen

Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln und weiteren einzuleitenden Maßnahmen wie Soziotherapie im Rahmen der Transition oder psychiatrisch häuslicher Krankenpflege für das Kind oder den Jugendlichen mit schwerer psychischer Erkrankung. Im Gesamtbehandlungsplan erfolgt in Abstimmung mit der Patientin und dem Patienten auch die namentliche Benennung der nichtärztlichen koordinierenden Person nach § 6. Der Gesamtbehandlungsplan soll auch die Belastungen und Ressourcen der relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld berücksichtigen.

Er umfasst außerdem den Bedarf ggf. weiterer einzuleitender Maßnahmen, wie z.B. die Abklärung weiterer Komorbiditäten, die Veranlassung von Psychoedukation oder einen gegebenenfalls engeren Austausch mit Ansprechpersonen der weiteren Hilfe- und Unterstützungssysteme. In der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist die Berücksichtigung der individuellen Entwicklung wesentlich. Deshalb ist im Sinne der Vorbemerkung zu diesen Tragenden Gründen die Entwicklungsförderung und der aktuelle Entwicklungsstand bei der Bestimmung der Therapieziele zu beachten.

Davon bleibt unberührt, dass jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer innerhalb seiner oder ihrer berufs-, haftungs- und vertragsarztrechtlicher Vorgaben tätig ist.

Im Gesamtbehandlungsplan sollen auch Akteure außerhalb des SGB V, die nach § 4 Absatz 6 Berücksichtigung finden, sowie, soweit verfügbar, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie relevanten Leistungen außerhalb des SGB V dokumentiert werden. Konkrete patientenindividuelle Ansprechpersonen, die Leistungen anderer Sozialgesetzbücher koordinieren, werden ebenfalls im Gesamtbehandlungsplan benannt.

Absatz 3:

In Absatz 3 wird das Aufstellen eines Kriseninterventionsplans als Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans festgelegt. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sowie relevanten Bezugspersonen werden insbesondere Frühwarnzeichen für Krisen erarbeitet und Techniken und Maßnahmen zur Reduktion des Belastungsniveaus entwickelt, um im Krisenfall gegenzusteuern. Ziel ist der Aufbau eines individuellen Krisennetzes. Der Krisenplan sollte auch Angaben dazu enthalten, wie die Patientin oder der Patient die Ansprechpartnerin oder den Ansprechpartner für Krisensituationen kontaktieren und wie eine schnelle Hilfe erreicht werden kann.

Absatz 4:

Der Gesamtbehandlungsplan ist für alle an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie Beteiligten des Zentralen Teams und des Erweiterten Teams nach § 4 Absatz 5 verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugssärztin oder dem Bezugssarzt bzw. der Bezugsspsychotherapeutin oder dem Bezugsspsychotherapeuten angepasst werden. Hierdurch sollen das Ineinandergreifen von verschiedenen Behandlungsmaßnahmen und die diesbezüglich erforderlichen Absprachen gewährleistet werden. Bei der Verbindlichkeit des Gesamtbehandlungsplans handelt sich um eine Selbstbindung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer; sie hat keinen Einfluss auf die Frage der Haftung im Rahmen der einzelnen Behandlungsanteile.

2.2.4 § 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

Vorbemerkung:

Die Krankenhausbehandlung umfasst gemäß § 39 Absatz 1a SGB V ein Entlassmanagement für den Übergang in die Anschlussversorgung. Für psychisch erkrankte Menschen mit einem komplexen Behandlungsbedarf ist eine kontinuierliche Versorgung im Anschluss an einen

Krankenhausaufenthalt zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen erforderlich. In § 11 werden daher Festlegungen getroffen, die den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung sowie umgekehrt regeln.

Absatz 1:

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

Absatz 2:

In Absatz 2 wird die Konstellation dargestellt, wonach dem Krankenhaus Informationen über eine bereits bestehende Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie bekannt sind. Um die nahtlose Weiterbehandlung sicherzustellen, tritt zum einen das Krankenhaus mit der für die Patientin oder den Patienten zuständigen Bezugärztin oder dem zuständigen Bezugsarzt bzw. der zuständigen Bezugspsychotherapeutin oder dem zuständigen Bezugspsychotherapeuten in Kontakt und übermittelt den Entlassbrief gemäß § 39 Absatz 1a SGB V; zum anderen wird die nichtärztliche koordinierende Person zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.

Um Versorgungsabbrüche beim Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung möglichst zu vermeiden und die Behandlungskontinuität sicherzustellen, bietet die für die Patientin oder den Patienten zuständige Bezugärztin oder der zuständige Bezugsarzt bzw. die zuständige Bezugspsychotherapeutin oder der zuständige Bezugspsychotherapeut der Patientin oder dem Patienten in der Regel innerhalb von 10 Werktagen einen Termin zur Weiterbehandlung an.

Absatz 3:

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

In diesem Fall hat das Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung der Patientin oder des Patienten die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie zu empfehlen, mit entsprechender Einwilligung den Kontakt zu einem Leistungserbringerin oder einem Leistungserbringer gemäß § 4 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 herzustellen, die Entlassdiagnostik an diese oder diesen zu übermitteln sowie die Terminvereinbarung zur Eingangssprechstunde vorzunehmen. Der Termin hat innerhalb von zehn Werktagen nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin zu erfolgen, um eine nahtlose Anschlussbehandlung sicherzustellen. Sofern die Patientin oder der Patient nicht nach dieser Richtlinie behandelt werden möchte, ist sie oder er im Sinne einer dennoch anzustrebenden Anschlussversorgung über alternative Versorgungsmöglichkeiten zu informieren. Bei entsprechender Einwilligung ist der Kontakt zu einer entsprechenden Leistungserbringerin oder einem entsprechenden Leistungserbringer aufzunehmen und die weitere Versorgung anzuregen.

Absatz 4:

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

Absatz 5:

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

2.2.5 § 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

Absatz 1:

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

Absatz 2:

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

Zeichnet sich im Behandlungsverlauf ab, dass die Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind, die Therapieziele nachhaltig erreicht sind oder z.B.

die Patientin oder der Patient die Versorgung nach dieser Richtlinie beenden möchte, ist die Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Die Bezugssärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut erstellt hierfür einen Überleitungsplan, der alle für die Weiterbehandlung der Patientin oder des Patienten erforderlichen Informationen enthält. Sollte sich im Behandlungsverlauf herausstellen, dass die Patientin oder der Patient keine weitere psychotherapeutische oder ärztliche Behandlung aufgrund ihrer oder seiner psychischen Erkrankung benötigt, entfallen die Überleitung in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie sowie die Notwendigkeit der Erstellung eines Überleitungsplans.

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

2.3 C. Evaluation

2.3.1 § 13 Evaluation

Da mit dem § 92 Absatz 6b SGB V ein integratives Versorgungskonzept insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf geschaffen wurde, sollen die Regelungen der Richtlinie innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Beschlusses evaluiert und ggf. angepasst werden. Gegenstand der Evaluation ist die Frage, ob die in § 1 festgelegten Versorgungsziele mit den getroffenen Regelungen erreicht werden konnten. Dabei sind auch mögliche Hindernisse der Umsetzung der Regelungen sowie unerwünschte Auswirkungen zu berücksichtigen. U.a. auf Grundlage der Evaluationsergebnisse prüft der G-BA, ob Anpassungen der Richtlinie notwendig sind. Für die Evaluation ist der Evaluationsgegenstand weiter zu präzisieren, damit genaue Evaluationsfragestellungen abgeleitet werden können. Es wird angestrebt, die Evaluation durch eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung durchführen zu lassen. Bei der Durchführung der Evaluation soll sich neben den in § 1 genannten Zielen und Maßnahmen der Richtlinie insbesondere den folgenden übergeordneten Fragestellungen zugewendet werden:

- a) Was sind die Unterschiede zwischen der Versorgung außerhalb dieser Richtlinie und der KJ-KSVPsych-Versorgung? Lassen sich die Unterschiede anhand von definierten Outcomes bewerten?
- b) Ist die Erreichbarkeit der Zentralen Teams gegeben?
- c) Wie erfolgt die Einbindung der Krankenhäuser mit PIA, und ergeben sich Anhaltspunkte, für PIA zukünftig auch bezugsärztliche/-psychotherapeutische Möglichkeiten zu schaffen?
- d) Ist die Versorgung in Krisensituationen für die Patientinnen und Patienten ausreichend ausgestaltet?
- e) Kann die Transition nach § 3 bei Patientinnen und Patienten, die nach dieser Richtlinie versorgt werden, sichergestellt werden und können Versorgungsabbrüche vermieden werden?
- f) Welchen Beitrag leistet die nichtärztliche Koordination bei der Erreichung der Versorgungsziele nach § 1?

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

Die Ergebnisse der geplanten Evaluation sollen geeignet sein, das Versorgungskonzept nach dieser Richtlinie iterativ zu verbessern, und zwar sowohl auf Systemebene durch Ableitung von Empfehlungen zur Anpassung der Richtlinie, als auch auf regionaler Ebene. Der G-BA behält sich vor, im Rahmen seiner Beobachtungspflicht bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten der KJ-KSVPsych-RL das Versorgungsangebot zu erheben.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

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

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

Gemäß § 4 Absatz 2 haben die teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu erklären, dass sie die Anforderungen für die Versorgung nach dieser Richtlinie erfüllen und der Veröffentlichung ihrer Angaben und Erreichbarkeitszeiten nach § 4 Absatz 7 zustimmen. Diese Meldung zielt darauf ab, die Bildung der Zentralen Teams zu erleichtern und Transparenz über die neue Versorgungsform zu schaffen. Eine erneute Meldung bei den KV erfolgt, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden bzw. die Bereitschaft zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr besteht.

Es ist davon auszugehen, dass für die Teilnahmeberechtigten nach § 4 Absatz 1 eine entsprechende Mitteilung zur Umsetzung der Teilnahmevoraussetzungen an die jeweiligen KV ein zeitlicher Aufwand von fünf Minuten bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Anzeige in Höhe von geschätzt 4,93 Euro (59,1 Euro / 60 x 5). Bei bundesweit etwa 12.350 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer entstehen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 60.886 Euro (4,93 Euro x 12.350).

Für die Teilnahmeberechtigten nach § 4 Absatz 1 Nummern 3 und 4, die zusätzlich eine Qualifikation nachweisen müssen, ist neben den Standardaktivitäten „Formulare ausfüllen“ sowie „Datenübermittlung“ die Standardaktivität „Beschaffung von Daten“ mit einem Zeitwert von 10 Minuten anzusetzen (s. Zeitwerttabelle). Bei bundesweit 3.750 teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern entstehen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 36.938 Euro (9,85 Euro x 3.750).

Des Weiteren wird angenommen, dass für die Benachrichtigung der KV über die Abmeldung ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von geschätzt 2,96 Euro (59,1 Euro / 60 x 3). Bei einer geschätzten Abmeldungsrate von 10 Prozent der teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer entstehen durch die Abmeldung Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 3.656 Euro (2,96 Euro x 12.350 x 0,1).

4. **Verfahrensablauf**

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
22.11.2019		Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 40, ausgegeben zu Bonn am 22.11.2019
02.09.2021	G-BA	Beschluss über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)
17.12.2021		Veröffentlichung im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.12.2021 B3)
18.12.2021		Inkrafttreten der KSVPsych-Richtlinie (Erwachsene)
03.03.2022	G-BA	Beschluss zur Umbenennung des Unterausschusses Psychotherapie in Unterausschuss Psychotherapie und psychiatrische Versorgung (UA PPV) und Beauftragung mit der Durchführung des Beratungsverfahrens zur Umsetzung der Regelungen nach § 92 Absatz 6b SGB V für den Bereich Kinder und Jugendliche
31.05.2022	UA PPV	Auftaktsitzung und Einrichtung der AG KSVPsych KiJu
29.08.2023	UA PPV	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO
28.11.2023	UA PPV	Anhörung der Stellungnahmeberechtigten
30.01.2024	UA PPV	Würdigung der mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen
05.03.2024	UA PPV	Beratungen des RL-Entwurfes und der Tragenden Gründe
21.03.2024	G-BA	Beschlussfassung
24.05.2024		Ergebnis der Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V
08.07.2024		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
09.07.2024		Inkrafttreten

Berlin, den 21. März 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken